Nr. 10. 10. marca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Stanisław LIEBHART, Asystent Kliniki. Lwów.

Wpływ hormonów płciowych na ciśnienie krwi.

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

I.

Hormon pęcherzykowy — folikulina.

1.

Badanie własności biologicznych i chemicznych hormonu jajnikowego stało się możliwem dopiero od kilku lat, t. j. od chwili wyosobnienia tego hormonu w czystej krystalicznej postaci, wolnej od wszelkich zanieczyszczeń a wycechowanego przy pomocy sprawdzianu biologicznego. Dlatego też zagadnienie wpływu czynności jajników na ciśnienie krwi ma bardzo niedawną przeszłość i nie doprowadziło do ujednostajnienia poglądów i wyników badań w tej sprawie, pomimo wielkiego zainteresowania powyższym tematem.

Wszyscy autorowie, zajmujący się tem zagadnieniem, prócz jednego Courriera, zgadzają się z tem, że hormon jajnikowy wywiera istotnie wpływ na ciśnienie krwi i że je obniża. Natomiast dyskusji podlega chemizm i mechanizm jego działania, jak również ustalenie szeregu szczegółów, dotyczących tego zagadnienia.

W Klinice Lwowskiej przeprowadziliśmy badania nad wpływem hormonu jajnikowego na ciśnienie krwi na wielkim materjale, obejmującym przeszło trzysta przypadków. Do tych badań używaliśmy kolejno folikuliny-menformonu, owarjohormonu i gynoestrylu. Preparaty te podawaliśmy dla porównania tak doustnie, jak i drogą zastrzyków podskórnych, śródmięśniowych dożylnych w ilości od 20 j. m. do 10.000 j. m. *pro dosi.* Doświadczenia te przeprowadziliśmy kolejno u chłopców i u mężczyzn, dziewczynek przed pokwitaniem, kobiet dojrzałych normalnych, wreszcie u chorych kastrowanych operacyjnie lub z pomocą promieni Roentgena i radu, nadto u kobiet, przechodzących w okres przekwitania. Pomiarów wartości ciśnienia krwi dokonaliśmy z pomocą aparatu Riva-Rocci w przeciągu pół do jednej godziny od czasu zastrzyku w odstępach pięciominutowych. Oznaczaliśmy każdorazowo ciśnienie krwi tak maksymalne, jak i minimalne, kontrolę pomiarów przeprowadziliśmy w kilka i kilkanaście godzin, jakoteż w kilka i kilkanaście dni. Celem usunięcia przypadków z chwiejną równowagą układu wkrewno-wegetatywnego, które, dając przypadkowe wyniki, mogłyby prowadzić do fałszywych wniosków, postępowaliśmy wobec naszych badanych ze specjalną ostrożnością. I tak przed zastosowaniem jakichkolwiek zastrzyków badaliśmy w każdym przypadku przez czas dłuższy ciśnienie krwi, aby zorjentować się co do normalnego zachowania się ciśnienia tego osobnika, który miał być przedmiotem naszych badań. Tych przypadków, które wykazywały jakiekolwiek większe wahania ciśnienia, nie braliśmy w rachubę w naszych doświadczeniach. Pozatem wykonaliśmy szereg prób z wstrzykiwaniem dożylnem roztworu soli fizjologicznej i wody przekroplonej celem wykluczenia wpływu samego zastrzyku dożylnego na zachowanie się ciśnienia, przyczem nie stwierdziliśmy albo żadnych albo tylko nieznaczne wahania ciśnienia.

Zanim przedstawimy szczegółowe wyniki powyższych badań, musimy sobie zadać szereg pytań natury ogólnej. I tak co do chemizmu hipotensyjnego działania folikuliny musimy postawić pytanie, czy działanie to jest przyrody swoisto-hormonalnej, czy też wynika z jakichś nieswoistych zanieczyszczeń preparatu. Mamy tu oczywiście na myśli szereg ciał i związków, jak histamina, cholina, pepton, adenina i t. d., które wywierają również obniżające działanie na ciśnienie krwi, a ponieważ są prawie zawsze obecne w tkankach i organach ustroju, mogłyby budzić pewne zastrzeżenia co do swoistości działania folikuliny. Już Crainicianu z okazji analogicznych badań zdołał ponad wszelką wątpliwość wykluczyć przez badania chemiczne obecność histaminy lub choliny w preparacie jajnikowym *hogival*, który stosował do doświadczeń. To samo uczyniono i z folikuliną holenderską pod nazwą menformon. Od czasu wyosobnienia hormonu jajnikowego w postaci krystalicznej odpada w zupełności potrzeba kontroli chemicznej spowodu bezwzględnej czystości preparatu.

Niezależnie od tego wykonaliśmy szereg doświadczeń z wpływem wszystkich wyżej wymienionych związków hipotensyjnie działających i wygotowaliśmy odpowiednie krzywe, z których najcharakterystyczniejsze zamieszczamy w tekście.

Porównanie działania hipotensyjnego folikuliny i histaminy wynika przejrzyście z załączonych tablic. Krzywa spadku ciśnienia po histaminie jest gwałtowniejsza, jednak już w 15 minucie zaczyna się wznosić wgórę, przyczem w minucie 30 wraca ciśnienie do pierwotnej wielkości. Krzywa spadku folikulmy jest łagodna, przyczem dopiero w 15 lub 20 minucie osiąga obniżenie ciśnienie maksymum, a następnie przez dłuższy czas utrzymuje się na jednym poziomie, z nieznacznem już tylko podwyższeniem. Najgwałtowniejszy spadek ciśnienia krwi po histaminie mamy do zanotowania w krzywej ciśnienia minimalnego, czyli rozkurczowego, odwrotnie zresztą do krzywej ciśnienia minimalnego po folikulinie, które pozostaje bez większych wahań (patrz fig. 2). Fakt ten stanie się zrozumiałym, jeżeli uzmysłowimy sobie mechanizm działania histaminy na ciśnienia krwi. Wiadomo jest, że histamina, podobnie jak pepton, wywołują wstrząs histaminowy, lub peptonowy, przejawiający się zwiększeniem objętości przedewszystkiem wątroby i płuc. Ten wstrząs polega na porażeniu naczyń włosowatych i równoczesnym skurczu mięśniówki większych naczyń. Wskutek tych przyczyn przemieszcza się w czasie tego wstrząsu krew z jelit do wątroby i powstaje jakby skrwawienie się do własnych naczyń włosowatych. Wobec powyższych rozważań zrozumiałą staje się okoliczność, że po histaminie najsilniej oddziaływa krzywa ciśnienia minimalnego w bardzo charakterystyczny sposób odwrotnie do krzywej minimalnej po folikulinie, która wskazuje tylko bardzo nieznaczne odchylenia i wahania.

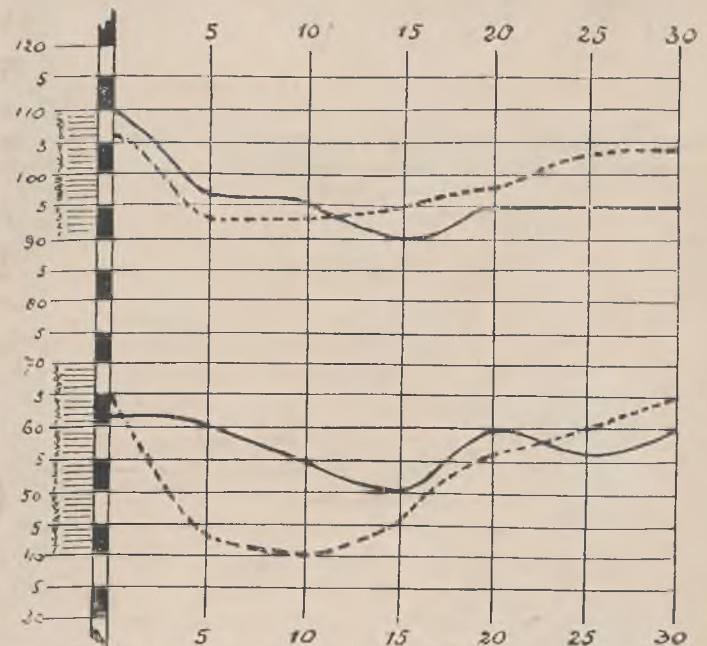


Fig. 1. Linja ciągła — dwie krzywe ciśnienia krwi po zastrzyku folikuliny. Linja kreskowana — krzywe po histaminie.

Działanie hipotensyjne choliny jest jeszcze bardziej złożone i powikłane. Mechanizm działania tego środka polega jak wiadomo na dwóch równocześnie przebiegających procesach, składających się wspólnie na intensywność, a co ważniejsze, na dłuższe trwanie obniżenia ciśnienia krwi. Związek ten wywołuje z jednej strony rozszerzenie naczyń i to przedewszystkiem

skórno-mięśniowych i jelitowych, z drugiej powoduje drogą zakończeń sercowych nerwu błędnego osłabienie pracy serca, polegające na zmniejszaniu siły skurczowej i zwolnieniu rytmu (Felix i Tochowicz). Krzywa spadku ciśnienia po cholinie, jak wskazuje fig. 3, nie daje charakterystycznego obrazu.

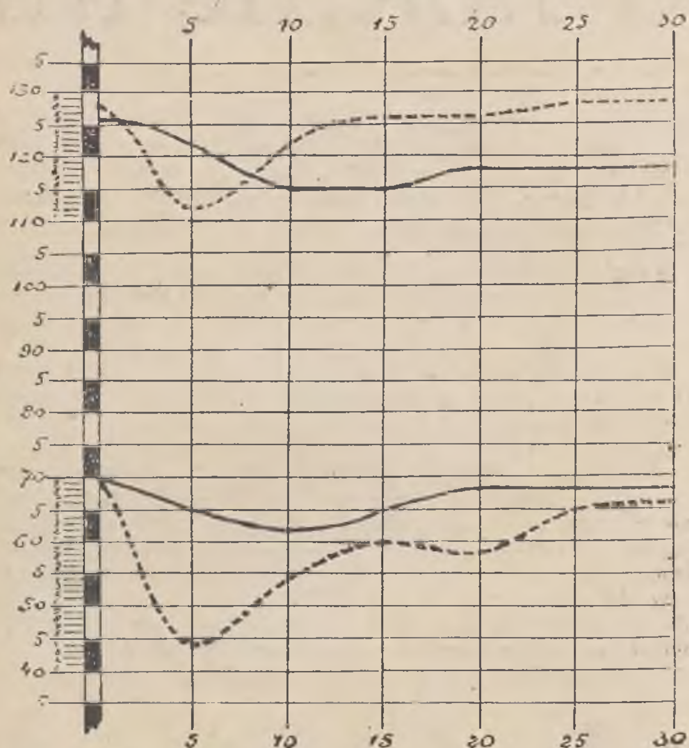


Fig. 2. Identyczne krzywe jak w Fig. 1. po folikulinie i histaminie.

Charakterystyczne dla tej reakcji jest stale stwierdzane zwolnienie tętna w ciągu oznaczania ciśnienia, co zgadza się z dopiero co opisanym mechanizmem hipotensyjnego działania choliny. Dla porównania zaznaczamy, że nie stwierdziliśmy jakiegokolwiek wpływu folikuliny na jakość tętna w sensie przyspieszenia lub zwolnienia, co wskazywałoby raczej na jej obwodowe działanie.

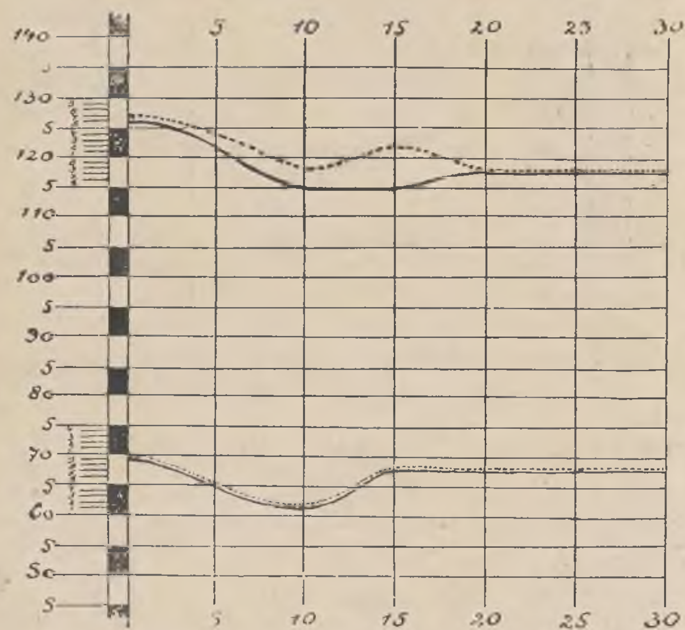


Fig. 3. Linja ciągła — krzywe ciśnienia krwi po folikulinie. Linja kreskowana — krzywe po cholinie.

Do ciał, mających mniej lub bardziej wybitne własności hipotensyjne, należy grupa wyciągów z narządów; jak z mięśni szkieletowych, wątroby, trzustki, śledziony, nerek, serca i płuc. Wyjaśnienie mechanizmu ich działania, jakoteż wykrycie i ustalenie ciała czynnego, powodującego obniżenie ciśnienia krwi, natrafia, jak dotychczas, na poważne trudności. Autorowie niemieccy przyjmują istnienie identycznej substancji, czynnej we wszystkich tych wyciągach, przypisując to działanie adeninie, lub raczej kwasowi adenozyno-fosforowemu. Ostatnie jednak badania w powyższej sprawie (Dadlez i Koskowski) nie zdają się przemawiać za słusznością tezy powyższej. W poszukiwaniu mechanizmu hipotensyjnego działania folikuliny, przeprowadziliśmy również szereg badań porównawczych z takiemże działaniem ciał wyciągowych z narządów. W tym celu oznaczyliśmy w szeregu przypadków porównawcze krzywe spadku ciśnienia krwi po myostrjatolu, adeninie, angioksylu i t. d.

Myostrjatol czyli wyciąg z mięśni szkieletowych, sporządzony przez Dadleza i Koskowskiego, daje może najwyraźniejszy spadek ciśnienia krwi z innych wyżej wymienionych wyciągów. Nie będę poruszał szczegółów, dotyczących działania tego preparatu, ponieważ nie to jest przedmiotem naszej pracy, pragnę tylko podkreślić i uwypuklić punkty styczne, względnie podobieństwo i różnice działania myostrjatolu i folikuliny. Podobieństwa polegają na zupełnie zdecydowanem działaniu hipotensyjnem obu preparatów, natomiast różnice tkwią nawet nie w samej krzywej spadku ciśnienia, lecz w sposobie i rodzaju działania tych ciał. I tak myostrjatol daje tem większe obniżenie ciśnienia krwi, im więcej było wzmożone, podwyższa natomiast niejednokrotnie nieprawidłowo niskie ciśnienie, a zatem ma do pewnego stopnia działanie regulujące ciśnienie tętnicze (Goertz). Folikulina obniża stosunkowo równomiernie niskie ciśnienie, nie obniża natomiast zupełnie nawet bardzo wysokich ciśnień, o ile wywołane są przez schorzenie nerek, miażdżycę tętnic lub inne schorzenia, a nie są pochodzenia jajnikowego. W kilku przypadkach wykonaliśmy porównawcze doświadczenie, stosując obydwa preparaty u tej samej osoby. U tych chorych występowało wybitne obniżenie ciśnienia po myostrjatolu, natomiast zupełny brak spadku ciśnienia po folikulinie (fig. 4). Z doświadczeń tych, które dowodzą, że u tej samej chorej jeden preparat działa, a drugi jest bez żadnego wpływu — wynika jasno, że mechanizm i chemizm hipotensyjnego działania tych ciał nie może być identyczny, że więc substancje czynne w obydwu preparatach są najprawdopodobniej różne.

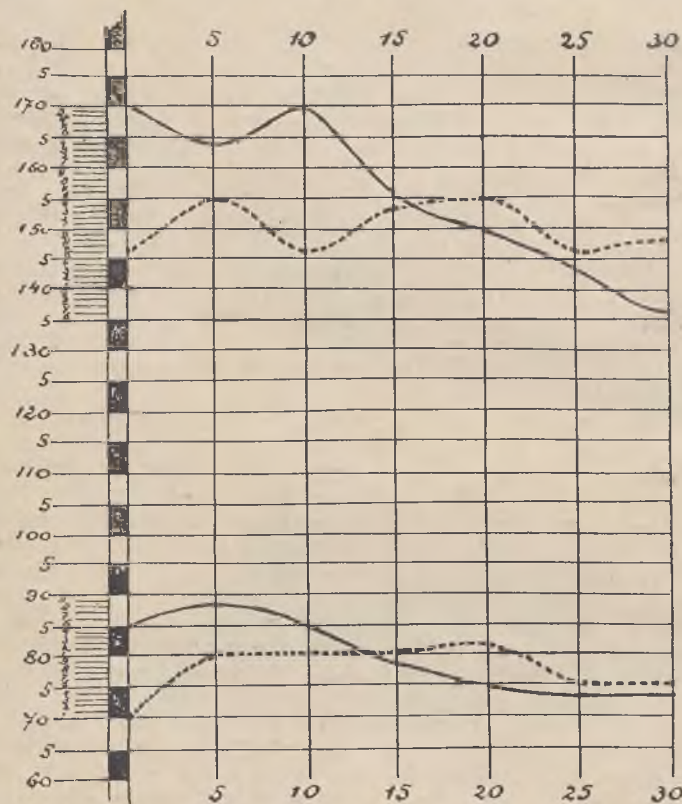


Fig. 4. Linje ciągłe — krzywe po myostrjatolu. Linje kreskowane — krzywe ciśnienia krwi po folikulinie.

Analogiczne uwagi stosować można do wyciągów trzustki, pozbawionych insuliny, i do adeniny, którą niektórzy autorowie uważają za wspólną dla wszystkich ciał wyciągowych jednolitą substancją czynną. Próba znalezienia wspólnego ciała, dla wszystkich wyciągów hipotensyjnie działających, jest równocześnie próbą upraszczania zjawisk przyrody, które są jednak bardzo złożone. Ostatnie badania, — jak już wspomnieliśmy, zdają się przeczyć powyższej tezie. Badania nasze idą jednak w innym kierunku, mianowicie w kierunku wyjaśnienia stosunku folikuliny do innych ciał obniżających ciśnienie. Badania te do-

wiodły ponad wszelką wątpliwość, że hormon jajnikowy ma nietylko odmienny od nich mechanizm działania, ale że działanie to jest przyrody swoisto-hormonalnej. Poniżej postaramy się zebrać krótko nasze doświadczenia dla zobrazowania i udokumentowania tezy powyższej.

2.

Pierwszym, który wykazał wpływ wyciągów jajnikowych na ciśnienie krwi w eksperymencie na zwierzętach, był Schickele. Badania jego, które dążyły do wykrycia wpływu tych wyciągów na aparat naczynio-ruchowy, dowiodły niezbicie, że zmniejszenie się czynności jajników znajduje oddźwięk w podwyższeniu napięcia układu sympatycznego. Aczkolwiek jajniki zaliczono prawie bez sprzeciwu do grupy gruczołów sympatyko-depresyjnych, to jednak nie udało się dotychczas uzyskać jednomyślności co do mechanizmu ich działania hipotensyjnego. W tym celu podjęto szereg prób, zmierzających do ustalenia sposobu oddziaływania systemu wegetatywnego na działanie folikuliny. Busquet na podstawie badań doświadczalnych stwierdził, że zastosowana przed zastrzykiem folikuliny atropina nie ma wpływu na jakość i nasilenie hipotensyjnego działania folikuliny. Wykonane przez nas pomiary ciśnienia krwi po równoczesnem podawaniu atropiny i folikuliny dowiodły słuszności tezy Busqueta (Fig. 5). Wyniki tych doświadczeń zdawałyby się przemawiać przeciw jakiemukolwiek udziałowi układu nerwów błędnych w mechaniźmie hipotensyjnego działania folikuliny.

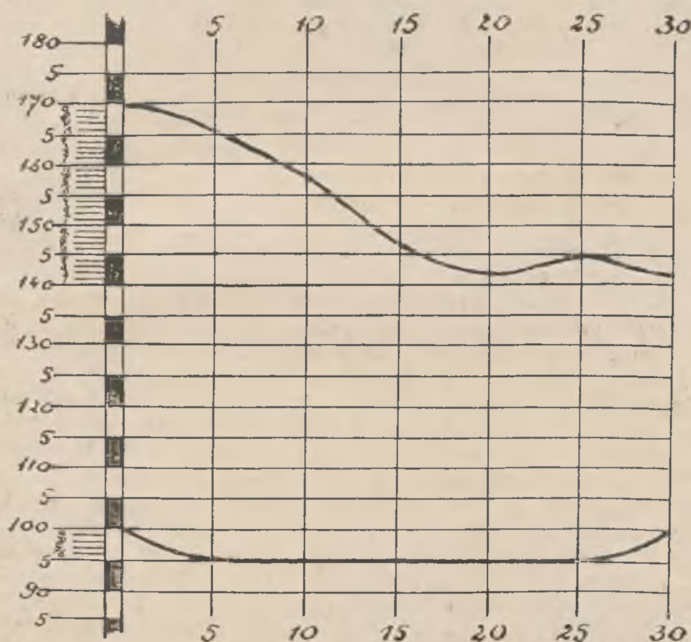


Fig. 5. Krzywe ciśnienia krwi maksymalnego i minimalnego po równoczesnem podaniu folikuliny z atropiną.

Do odmiennych wyników doszliśmy w Klinice Lwowskiej prawie równocześnie z Crainicianu, aczkolwiek, niezależnie od siebie, stosując atropinę w dawkach, porażających nerwy błędne, według Danielopolu. Po poprzedniem całkowitem zahamowaniu układu nerwów błędnych nie występował zupełnie odczyn obniżania się ciśnienia krwi po równocześnie stosowanej folikulinie. Doświadczenie to dowodziłoby, że t. zw. sympatyko-depresyjne działanie jajników nie polega na ich bezpośrednim wpływie na nerw współczulny, lecz że odbywa się ono drogą pośrednią przez podniesienie napięcia nerwu błędnego. W analogiczny sposób należałoby również rozwiązać pytanie, dotyczące mechanizmu hipotensyjnego działania folikuliny. Działając bowiem wagotonizująco, obniża ona tem samem napięcie nerwu współczulnego, co powoduje skolei obniżenie ciśnienia krwi. Ten sam autor (Crainicianu) stwierdził na świeżo wyciętem sercu psa skurcz naczyń wieńcowych, natomiast rozszerzenie tętnic obwodowych pod wpływem stosowania hormonu jajnikowego *(hogival)*. Wynika z tego zupełnie jasno, że działanie folikuliny jest wprost przeciwne działaniu adrenaliny, która rozszerza naczynia wieńcowe, a zwęża obwodowe.

W związku z powyższemi doświadczeniami dochodzimy do przekonania, że jajniki mają bardzo ważne znaczenie w utrzymaniu równowagi między układem współczulnym i błędnym, a także w regulacji napięcia i nasilenia czynności obu tych układów. Nic też dziwnego, że w okresie przekwitania ubytek tak ważnego czynnika regulującego i upewniającego sprawność działania układu wegetatywnego, jakim jest jajnik, wywołuje dobrze znane a często bardzo poważne ogólne zaburzenia chorobowe. W świetle tych rozważań zrozumiałem się staje, że w zaburzeniach przekwitania przeważają objawy właśnie wazomotoryczne.

Wychodząc z założenia, że, według ostatnich badań własnych i innych autorów, ilość hormonu jajnikowego we krwi jest różna w różnych okresach cyklu miesiączkowego, badaliśmy ciśnienie krwi kilkakrotnie w czasie wspomnianego cyklu i stwierdziliśmy, — zgodnie zresztą z autorami francuskimi (Siredey i Francillon) podwyższenie ciśnienia w czasie miesiączki. Ponieważ ilość hormonu jajnikowego jest najmniejsza właśnie w czasie miesiączkowania, doświadczenie to jest jeszcze jednym dowodem na twierdzenie, że miesiączkowanie jest perjodycznie powtarzającem się klimakterjum *en miniature* spowodu przejściowej niedomogi jajnika.

Niemniej jednak działanie hipotensyjne folikuliny, podobnie zresztą jak i innych środków hipotensyjnie działających, które pokrótce omówiliśmy — jest zależne od szeregu warunków najrozmaitszej przyrody, tkwiących w samym organizmie, a zależnych od takiego, czy też innego nastawienia hormonalnego, nerwowego i konstytucjonalnego ustroju. Wśród kilkuset kobiet i mężczyzn, u których oznaczaliśmy ciśnienie krwi po zastosowaniu rozmaitych preparatów, natknęliśmy się na kilka przypadków, które nie reagowały zniżką ciśnienia na szereg wybitnie hipotensyjnie działających wyciągów, cowięcej, wykazywały zwyżkę ciśnienia po folikulinie, myostrjatolu, adeninie i t. d., pomimo braku jakichkolwiek schorzeń natury ogólnej. Przypadki te omawiamy oczywiście tylko mimochodem nie chcąc zapuszczać się w rozważania istoty ciśnienia krwi — chcieliśmy tylko zobrazować, jak wiele szczegółów trzeba brać w rachubę w rozważaniu tego zagadnienia i jak wiele zagadnień czeka jeszcze na wyjaśnienie. *C. d. n.*

Doc. Dr. E. ARTWIŃSKI. Kraków.

O nowszych sposobach rozpoznawania nowotworów rdzenia.

Z Oddziału Chorób Nerwowych i Umysłowych Szpit. św. Łazarza w Krakowie.

Dokończenie.

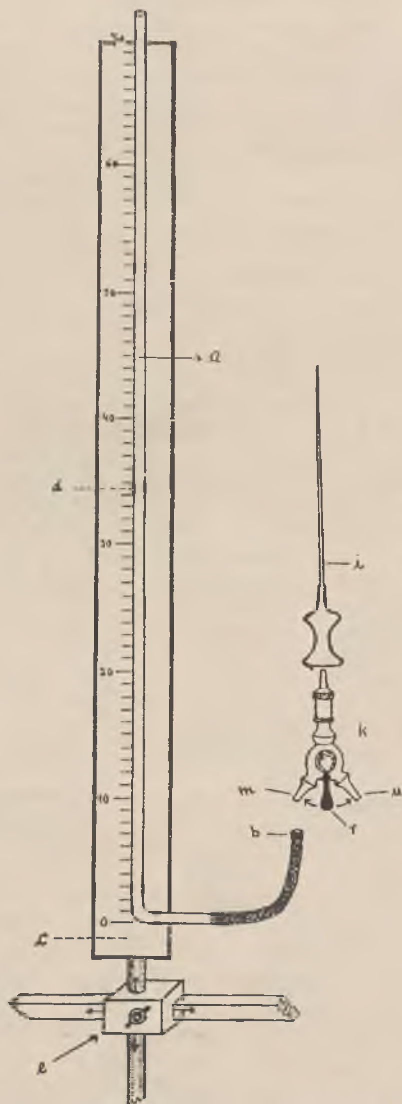
Pomocnicze sposoby badania.

W wypadkach podejrzanych o nowotwór rdzenia jako pierwsze powinno być wykonane badanie manometryczne.

Po wprowadzeniu igły do kanału kręgowego i po upuszczeniu kilku kropel płynu w celu przekonania się, czy istotnie doszliśmy do kanału rdzeniowego, wykonujemy najpierw badania jego drożności. Badania te, jak zobaczymy, są niesłychanie proste, nie przedstawiają też żadnego niebezpieczeństwa dla chorego i mogą być wykonane w mieszkaniu chorego przez każdego lekarza, który opanował zwykłą technikę nakłucia lędźwiowego. W 1863 r. badacz angielski Hilton wykazał, jaki wpływ wywiera na krążenie płynu mózgowo-rdzeniowego ucisk na żyły szyjne. Badania te czysto teoretyczne, jak to często w medycynie bywa, poszły w zapomnienie i dopiero w 1916 r. badacz niemiecki Queckenstedt, może nawet nie wiedząc o badaniach swego poprzednika, wykazał, że ucisk na żyły szyjne odbija się na ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Zasada badań tych jest zupełnie prosta. Przez ucisk na żyły szyjne wzmagamy ciśnienie żylne w obrębie czaszki, które przenosi się w dalszym ciągu i na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wewnątrz czaszki a w następstwie i w kanale kręgowym. Jeżeli igła tkwi w kanale, to jest rzeczą jasną, że wzmożone ciśnienie płynu w kanale musi się odbić i istotnie odbija się na sile wypływu płynu mózgowo-rdzeniowego. Spostrzeżenie Queckenstedta zostało zużytkowane dla badań klinicznych. Wielkie zasługi na tem polu położył badacz amerykański Stookey. Badacz ten wykazał, że zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem ucisku na żyły szyjne, pozwala nam na wyprowadzenie ważnych klinicznie wniosków. Doświadczalnie wykazano, że już lekki nawet ucisk na żyły szyjne, lub brzuszne, wywołuje szybkie wzniesienie się płynu mózgowo-rdzeniowego. Badania te są jednak bardzo subtelne i wymagają wielkiej dokładności i ścisłości w wykonaniu.

Opiszę tutaj technikę stosowaną przez nas. Nakłucie lędźwiowe wykonujemy według zasad zwykłego sposobu tegoż zabiegu i na zwykłej wysokości, t. j. między 3—4 kręgiem lędźwiowym w ułożeniu poziomem prawobocznem — przyczem jed-

nak należy zwrócić szczególną uwagę, aby głowa chorego znajdowała się na jednym poziomie z kręgosłupem i aby chory leżał z wyprostowanemi kończynami zupełnie swobodnie, wygodnie i spokojnie, bo zarówno nieznaczne odchylenia i w następstwie tegoż ucisk na naczynia, zwłaszcza szyjne, jak i niepokój, wpływają na wahania ciśnienia. Po wkłuciu igły (Ryc. 2) i stwierdzeniu przez wyjęcie zatyczki, że znajduje się w kanale, załą-



Ryc. 2. Manometr Dr. Gradzińskiego.

czamy trójdzielny kurek, a za jego pośrednictwem manometr. Manometry rtęciowe jako zbyt mało czułe, do badań tych się nie nadają, stosuje się to też do manometru zegarowego Claude'a. Stookey uważa za najlepszy manometr Straussa, niestety w Europie mało używany i nie do nabycia. Początkowo używaliśmy do badań tych igły Seeligera (igła z wielodzielnym kurkiem i kalibrowaną rurką do włączania, służącą do mierzenia ciśnienia wysokością słupa płynu mózgowo-rdzeniowego), jednak igła ta prócz innych niedogodności nie pozwala na mierzenie ciśnienia poniżej 5 cm płynu, co w badaniach tych — zwłaszcza w wypadkach upośledzenia drożności — bywa zazwyczaj prawem. Wobec tego używamy obecnie manometru sporządzonego przez dra Gradzińskiego (Ryc. 2). Manometr ten składa się: z rurki szklanej (a) o przekroju 3 mm, zgiętej u dołu w kolanko pod kątem prostym (dla wygody przy wyjaławianiu może być podzielona na 3 części, połączone wężem gumowym), której ramię krótsze wynosi 5—7 cm, a dłuższe 75 cm. Ramię krótsze zakończone jest wtyczką metalową (b), nasadzoną przy pomocy węża gumowego, dostosowano ściśle do kurka. Z deseczki (c) z podziałką centymetrową z uchwytami sprężynowemi (d) do przytrzymania opisanej powyżej rurki tak, aby zgięcie kolanowe odpowiadało na podziałce zeru. Ze stojaka (e), do którego przymocowana jest deseczka (c), umożliwiającego przesuwanie jej w kierunku pionowym i poziomym, celem ustawienia punktu 0 na linji wkłucia igły. Po ustawieniu odpowiedniem stojaka z deseczką zakładamy na nią wyjałowioną rurkę szklaną (a) i łączymy ją z ramieniem manometrycznym (m) kurka, poczem przez przekręcenie rączki kurka (r) otwieramy ramię manometryczne (m). Płyn wchodzi do rurki, ustala się na pewnym poziomie, wykazując nieznaczne wahania oddechowe. Ciśnienie mierzymy wysokością słupka płynu mózgowo-rdzeniowego.

Badanie manometryczne dzieli się na trzy okresy. Okres pierwszy to badanie ciśnienia początkowego po ustaleniu się, oraz badanie wahań oddechowych. Okres drugi dzieli się na trzy części, polega on na wzmożeniu się ciśnienia pod wpływem ucisku na naczynia żylne. Część pierwsza: uciskamy lekko przez 5 sek. jedną żyłę szyjną, widzimy wtedy szybkie podniesienie się poziomu słupa płynu mózgowo-rdzeniowego o kilka cm (2—4), który z chwilą zaprzestania ucisku szybko wraca do stanu pierwotnego. Odczekujemy chwilę na ustalenie się poziomu, poczem uciskamy silnie na obie żyły szyjne przez 10 sek., ucisk ten podnosi poziom słupa płynu szybko o kilkanaście cm, poczem z chwilą zaprzestania ucisku następuje szybki spadek ciśnienia do wysokości ciśnienia pierwotnego. Na tem kończy się część druga. Część trzecia polega na podniesieniu się ciśnienia pod wpływem ucisku na naczynia brzuszne, a za ich pośrednictwem i na naczynia kręgowe, przez ucisk ręką w ciągu 10 sekund lub parcie (polecamy choremu przeć jak na stolec przez 10 sek.). Ciśnienie znowu szybko się podnosi o kilkanaście cm, a następnie szybko opada. Po odczekaniu na ustalenie ciśnienia następuje okres trzeci — upustu płynu. Upuszczamy 7 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, stosownie do doświadczeń Stookey'a. Płyn odpuszcza się przez otwarcie ramienia upustowego kurka (u) przyczem w rurce manometrycznej poziom płynu nie ulega zmianie. Po upuszczeniu płynu włączamy znów manometr i mierzymy ciśnienie końcowe, obniża się ono o kilka cm, jednak trzyma się powyżej połowy ciśnienia pierwotnego. Opisane stosunki spotykamy w przypadkach prawidłowej drożności w kanale kręgowym (Ryc. 3) a cechuje je szybkie wznoszenie się ciśnienia pod wpływem ucisku na naczynia żylne i szybkie opadanie z chwilą zwolnienia i powracanie do właściwego poziomu, oraz nieznaczny spadek ciśnienia po upuście.

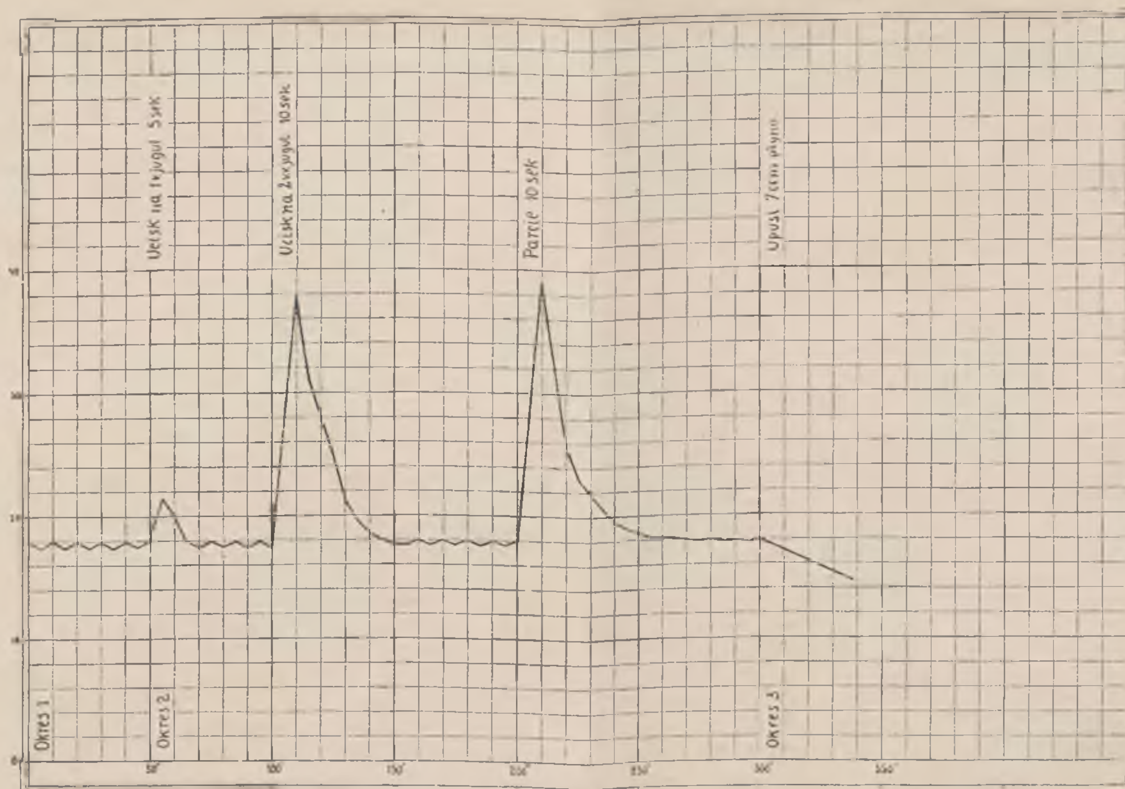
Zabieg wykonujemy z czasomierzem mierząc dokładnie czas trwania ucisku, oraz wznoszenia się i opadania ciśnienia, a także i czas wypływu płynu mózgowo-rdzeniowego, co pozwala nam na przedstawienie zabiegu w postaci wykresu.

W wypadkach chorobowych próba ta wykonana w ten sposób daje zupełnie inne wyniki. Najczęstsze są trzy możliwości: w wypadku przeszkody całkowitej np. w rdzeniu szyjnym lub piersiowym — ucisk na żyły szyjne nie odbija się zupełnie na ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Jest to zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy sobie, że igła tkwi poniżej przeszkody, która uniemożliwia, aby fala wzmożonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego przebiła się przez nią (Ryc. 4., guz rdzenia na wysokości D_2—D_6, przypadek Nr. 5). Przy ucisku na naczynia brzuszne ciśnienie podnosi się cokolwiek mniej, aniżeli w wypadkach prawidłowych, przy ucisku na żyły szyjne. Ucisk na naczynia brzuszne wykonujemy jako badanie kontrolne, aby się przekonać, w wypadkach nieprawidłowych, czy przeszkoda nie tkwi pomiędzy wejściem igły do kanału a manometrem. Jeżeli przy próbie ucisku na żyły szyjne stwierdzimy stosunki prawidłowe, badanie to nie jest konieczne.

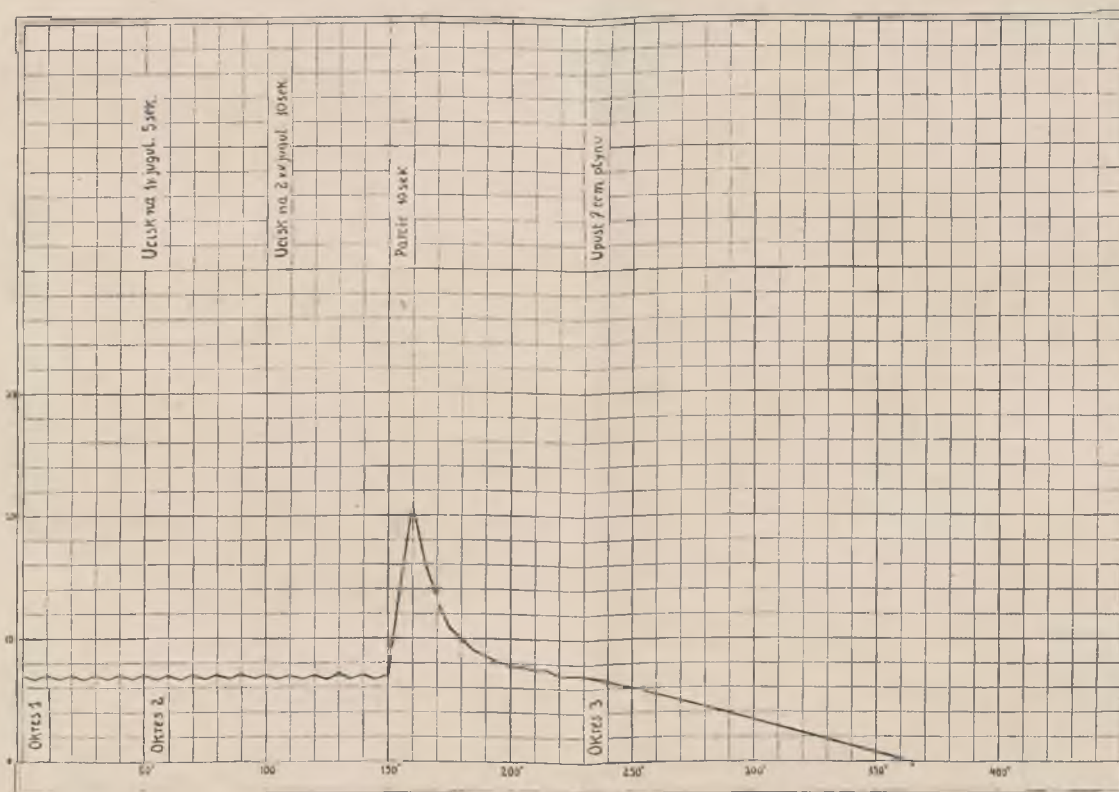
Po upuście płynu ciśnienie spada poniżej 0. Niejednokrotnie zależnie od wysokości przeszkody, nie udaje się uzyskać 7 cm³ płynu. Czas wypływu może być znacznie przedłużony. Jeżeli przeszkoda jest niecałkowita, pod wpływem ucisku poziom płynu podniesie się, gdyż ciśnienie stworzy niejako wentyl, przez który płyn przeciśnie się pomiędzy nowotworem a oponą, z chwilą jednak zaprzestania ucisku poziom płynu nie wróci już jak w przypadkach prawidłowych do ciśnienia pierwotnego, ale utrzyma się na tym sztucznym poziomie, który wywołaliśmy przez ucisk. Spadek ciśnienia po upuście znaczny, czas wypływu przedłużony (Ryc. 5).

I wreszcie trzecia możliwość. Jeżeli przeszkoda jest niecałkowitą, płyn (pod wpływem ucisku na żyły szyjne) przedostaje się przez szczelinę pomiędzy przeszkodą a oponą, lecz bardzo powoli, i również wolno wraca, po zaprzestaniu ucisku, do swego poprzedniego poziomu. Jednem słowem spotykamy w tym wypadku krzywą, zbliżoną do krzywej prawidłowej, różniącej się jednak znacznie większą powolnością i przy wznoszeniu się i przy opadaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Spadek ciśnienia mniej wydatny, wypływ zwolniony (Rycina 6) zależnie od wielkości szczeliny.

Najpraktyczniej jest, według Stookey'a, na pokratkowanym papierze wykreślić wszystkie trzy fazy, gdyż odczytanie linji krzywej, wykreślonej w czasie zabiegu pozwala nam na najdokładniejsze zorjentowanie się w stosunkach panujących w obrębie przestrzeni podpajęczynówkowych. Stookey poleca badać przy stosunkowo słabym ucisku na żyły szyjne, twierdząc, że

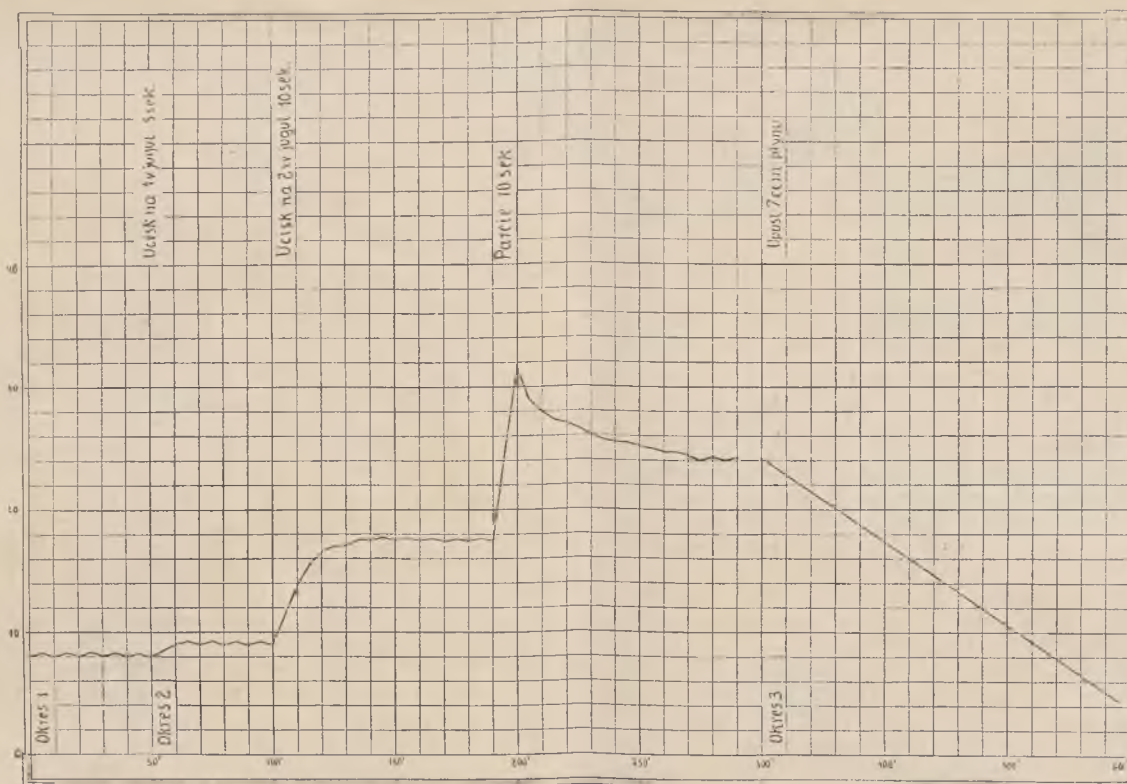


Ryc. 3. Krzywa prawidłowa.

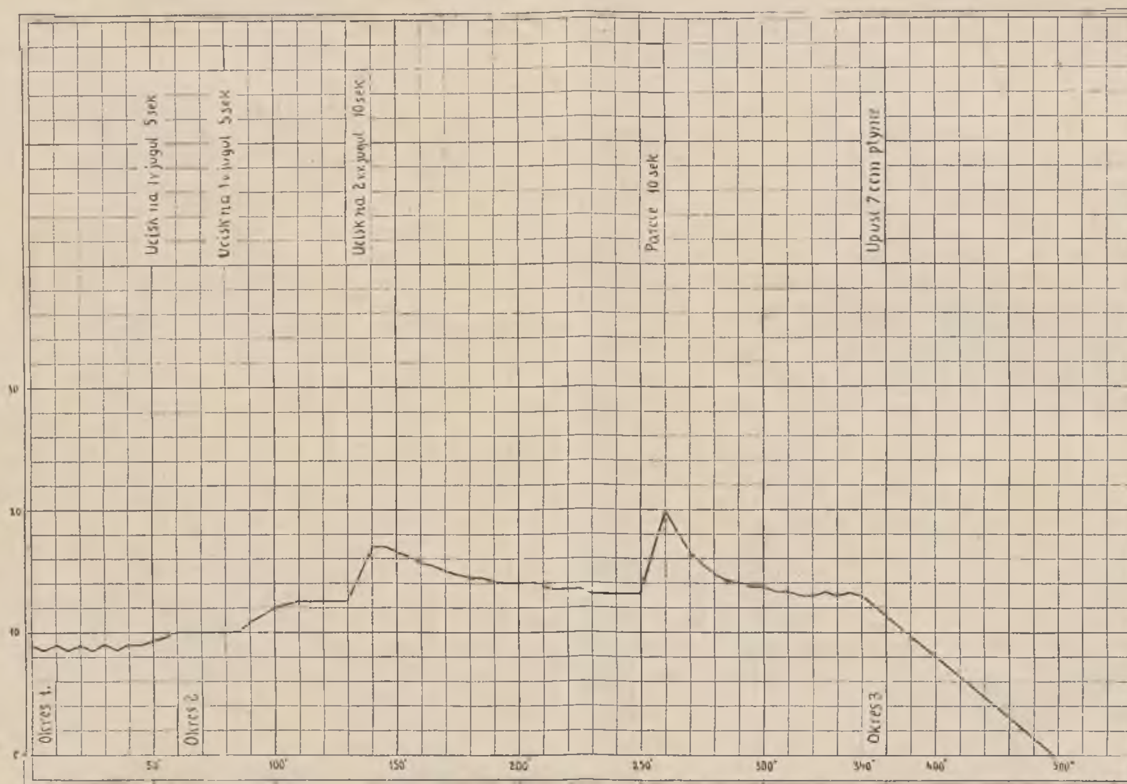


Ryc. 4. Zator całkowity na wysokości D_2—D_6 przypadek Nr. 5.

ucisk zbyt silny wywołuje szereg odruchów obronnych, które odbijają się niekorzystnie na badaniu manometrycznem. Jasnem jest, że do ścisłych pomiarów, pozwalających na wyprowadzenie dokładnych i pewnych wniosków, niezbędnym jest czuły manometr do mierzenia płynu, który pozwala na ilościowe określenie zmian ciśnienia. Lekarz praktyk, który przyrządów tych nie posiada, mógłby jednak wykonać tę samą próbę, ale jedynie jakościową. Pod wpływem ucisku na żyły szyjne stwierdzi w wypadkach prawidłowych znaczne wzmożenie siły wypływu przez igłę, — w razie, jeżeli wzmożenia tego, które w wypadkach prawidłowych jest tak wybitne, że niepodobna go przeoczyć, nie dostrzeże, powinien wzbudzić w sobie wątpliwości co do drożności w kanale kręgowym i poddać swego chorego ściślejszym badaniom. Badania manometryczne płynu mózgowo-rdzeniowego powinny być wykonywane w każdym przypadku organicznego schorzenia rdzenia. Nie mówią one wprawdzie nic o jakości ani o umiejscowieniu się przeszkody w obrębie kanału rdzeniowego, ale stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, w razie jeżeli próba manometryczna wypadnie dodatnio, że przeszkoda tam powstała. Dokładne badanie neurologiczne i inne bada-



Ryc. 5. Zator bardzo znaczny z wentylem (lymphosarcoma meningum).



Ryc. 6. Zator nieznaczny z wentylem (guz rdzenia na wysokości D₅).

nia dodatkowe, o których za chwilę będę mówił, pozwolą nam na stwierdzenie już nietylko przypuszczalnego nowotworu, ale również i na dokładniejsze określenie jego położenia w rdzeniu. Badania manometryczne są, jak powiedziałem, łatwe do wykonania i niczem nie grożą choremu, a winny być wykonywane w każdym wypadku podejrzanym o guz rdzenia. Niestety próba ta, jak i każda inna próba w medycynie, nie jest całkowicie pewną. Tak więc, dodatni wynik badania manometrycznego świadczy o istnieniu guza, ale ujemny go nie wyklucza.

Małe wśródrdzeniowe nowotwory, jak również i pozaoponowe, leżące na przedniej ścianie rdzenia, mogą nie ujawniać się przy badaniach manometrycznych. Ujemnie wypada też oczywiście próba manometryczna, jeżeli guz znajduje się poniżej wkłucia igły.

Po ukończeniu pomiarów manometrycznych odpuszczamy 7 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, celem poddania go badaniom chemicznym, serologicznym i cytologicznym. Jeżeli potrzebna nam jest większa ilość płynu mózgowo-rdzeniowego, pobieramy ją już po ukończeniu badań manometrycznych.

Badania manometryczne płynu okazały się bardzo praktyczne w zastosowaniu klinicznem. S t o o k e y, opierając się na dużym materjale, wyliczył, że w latach 1920—1922 przed wprowa-

dzeniem próby manometrycznej wykonał tylko 43 laminektomie, podczas gdy w latach 1924—1926, już po okresie badań manometrycznych, ilość laminektomij wzrosła o 116%. Niewątpliwie liczby przytoczone przez Stookey'a są cennym dowodem, przemawiającym za stosowaniem próby manometrycznej.

Pobrany płyn mózgowo-rdzeniowy poddajemy badaniu chemicznemu i mikroskopowemu. Płyn mózgowo-rdzeniowy u chorych z nowotworami mózgu zawiera wielką ilość białka przy stosunkowo nieznacznie tylko wzmożonej ilości komórek. Pierwszy spostrzegł to Nonne, a potwierdzili badacze francuscy, Sicard i Foix. Objaw ten sam przez się nie jest jednak jeszcze patognomonicznym dla nowotworów rdzenia, bo podobny zespół stwierdzamy przy wszystkich sprawach uciskających na rdzeń, przy wzmożonem ciśnieniu wśródczaszkowem, jak również po udarach mózgowych. Jakkolwiek objaw rozszczepienia białkowo-komórkowego spotykamy prawie stale przy nowotworach rdzenia, to jednak są znane zupełnie pewne nowotwory rdzenia, gdzie odczynu tego nie stwierdzono. Nowotwory wysoko usadowione najczęściej nie dają rozszczepienia białkowo-komórkowego. W przebiegu *poliomyelitis acuta, neuromyelitis acuta* i *myelitis necrotica* może również wystąpić rozszczepienie białkowo-komórkowe. Dlatego też stwierdzenie rozszczepienia białkowo-komórkowego w świeżych i szybko rozwijających się porażeniach ma mniejsze znaczenie, aniżeli w powolnie narastających. Froin stwierdził, że płyn mózgowo-rdzeniowy chorych z nowotworami rdzenia miewa często kolor żółtawy, zwany z grecka ksantochromicznym, a oprócz tej charakterystycznej barwy ma on jeszcze tę właściwość, że szybko krzepnie. Objaw ten znany jest pod nazwiskiem swego odkrywcy, jako zespól Froin'a. Odczyn Bordet-Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym zastoinowym może tracić swoje właściwe znaczenie (Oppenheim, Nonne, Förster, Cl. Vincent).

U naszych chorych, na kilkanaście przebadanych zastoinowych płynów mózgowo-rdzeniowych, w jednym tylko wypadku odczyn Bordet-Wassermanna okazał się wątpliwym, ale chory ten przebył kiłę. Bardzo wprawni potrafią czasem w płynie mózgowo-rdzeniowym wykryć komórki nowotworowe. W wypadkach podejrzanych o guz rdzenia, w dwa tygodnie po odpuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego przystępujemy do badania z pomocą lipjodolu. O badaniach tych wspomnę tu już tylko pokrótce, gdyż szczegółowo przedstawiliśmy je we wspólnej pracy z Dr. Ostrowskim i Dr. Ślączką w 1928 r.

Badania manometryczne wymagają od wykonującego je opanowania jedynie zwykłej techniki nakłucia lędźwiowego, wprowadzenie lipjodolu do kanału kręgowego jest jednak technicznie znacznie trudniejsze i nie jest dla chorego obojętne, gdyż były opisywane wypadki śmierci, dlatego też powinno być wykonywane jedynie przez specjalistów.

Wykonanie tego zabiegu polega na wkłuciu igły, możliwie sztywnej do zbiornika wielkiego *(cisterna magna)*. Po odpuszczeniu jednego cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, wprowadzamy lekko ogrzaną masę kontrastową, zawierającą jod 40%, znaną pod nazwą lipjodolu Lafay'a, albo jodipiny Merck'a. Normalnie lipjodol opada szybko na dno worka rdzeniowego. Jeżeli zaś powstała przeszkoda w kanale rdzeniowym, lipjodol zatrzymuje się na niej i przy zdjęciu rentgenowskiem widzimy zbitą masę lipjodolu tuż nad górną granicą przeszkody. Podobnie jak i badanie manometryczne myelografja nic nie mówi o rodzaju przeszkody, która spowodowała zatrzymanie się opadającego lipjodolu. Badanie lipjodolem czyli tak zwana myelografja ma tę przewagę nad badaniami manometrycznemi, że nietylko stwierdza istnienie przeszkody w kanale kręgowym, ale i zupełnie ściśle wskazuje na miejsce, gdzie przeszkoda powstała. Jest to praktycznie ważne, gdyż chirurg przystępuje do zabiegu w miejscu zupełnie dokładnie przez lipjodol oznaczonem. Miejsce zatrzymania się lipjodolu wskazuje chirurgowi dolną granicę cięcia.

Nie wykonujemy też dzisiaj żadnego zabiegu operacyjnego spowodu guza rdzenia bez uprzedniego badania manometrycznego i myelografji. Ujemny wynik badań manometrycznych i myelografji nie wyklucza jeszcze z całą pewnością nowotworu, który spowodu małej objętości lub umiejscowienia może nie stawiać przeszkody w opadaniu lipjodolu na dno kanału. Dodatnią próbę lipjodolu możemy stwierdzić nietylko przy nowotworach rdzenia, ale również i w *meningitis serosa circumscripta, meningitis cystica, sclerosis disseminata* i *syringomyelj*. Najgroźniejsze są oczywiście pomyłki, jeżeli lipjodol zatrzyma się na zrostach występujących w przebiegu stwardnienia rozsianego. Podobny przypadek został przez nas opisany. W polskiem piśmiennictwie zwrócił uwagę na możliwość takich pomyłek Messing. Znakomity znawca stwardnienia rozsianego Bing, w ostatniej swojej pracy pisze, że zrosty w przebiegu stwardnienia rozsianego mogą być czasem ujawnione przez myelografję.

Prócz lipjodolu opadającego, gatunkowo cięższego od płynu mózgowo-rdzeniowego, rozporządzamy jeszcze lipjodolem wznoszącym się, lżejszym od płynu mózgowo-rdzeniowego. Płyn ten wprowadzony do kanału rdzeniowego unosi się ku górze. Lipjodol wznoszący się bywa używany dla oznaczenia dolnej granicy nowotworu, którego górna granica została już wyznaczona lipjodolem opadającym. Lipjodol wznoszący się nie zyskał tak powszechnego zastosowania, jak lipjodol opadający, dlatego, że próba ta jest znacznie mniej pewna aniżeli z lipjodolem opadającym, gdyż masy lipjodolu wstępującego unosząc się ku górze jak baloniki, mogą się zatrzymywać na korzonkach rdzeniowych, stanowiących dla nich przeszkodę.

Najmniej rozpowszechniła się tak zwana pneumorachja. Zastosował ją pierwszy badacz amerykański Dandy. Dokonujemy nakłucia lędźwiowego. Po upewnieniu się, że igła jest w kanale rdzeniowym, wprowadzamy strzykawką 5 cm³ wyjałowionego powietrza. Jeżeli powietrze nie napotka żadnej przeszkody w kanale kręgowym, dostaje się szybko do komór mózgowych. Badany odczuwa przemijający ból głowy natychmiast po wstrzyknięciu, to znaczy w chwili dostania się powietrza do komór mózgowych. Nierzadko towarzyszą temu nudności i wymioty. W wypadku całkowitej niedrożności kanału, powietrze natrafiwszy na przeszkodę zatrzymuje się na niej i do komór nie dochodzi, a chory nie odczuwa bólu głowy. Jeżeli przeszkoda jest niecałkowita, powietrze dostaje się do komór mózgowych przedzierając się powoli małemi dawkami obok przeszkody. W takich wypadkach chorzy dopiero w drugiej godzinie po wstrzyknięciu powietrza zaczynają odczuwać bóle głowy. Nowotwór może być poruszony przez wprowadzone powietrze, co chory odczuje natychmiast bardzo boleśnie. Jeżeli zator jest całkowity, wprowadzone powietrze możemy wykazać Roentgenem na dolnej granicy przeszkody. Zdjęcia te nie są jednak tak przejrzyste jak przy myelografji.

Pneumorachja jest łatwa w użyciu. Trzeba się jednak zawsze liczyć z możliwością zapadu, spowodu wstrząsu spowodowanego nagłym dopływem powietrza do mózgu. Po stwierdzeniu, że powietrze dostało się już do komór, należy chorego ułożyć głową wdół, i starać się przez ponowne nakłucie lędźwiowe wessać strzykawką wprowadzone powietrze. Sposób ten technicznie bardzo łatwy nie znalazł szerszego zastosowania prawdopodobnie dlatego, że badania manometryczne i myelografja są niewątpliwie bezpieczniejsze i dają pewniejsze wyniki.

Wszystkie powyżej opisane sposoby badań dodatkowych znakomicie ułatwiają rozpoznanie guzów rdzenia. Ostatecznie jednak inteligencja i doświadczenie lekarza klinicysty a nie mechaniczne sposoby badań pomocniczych rozstrzygają o rozpoznaniu.

Przytaczam poniżej dla przykładu historję dwóch chorych, u których wykonano badania manometryczne i myelografję.

Przypadek Nr. 4. A. S. lat 45, przyjęta 8. XI. 1933 r. Od roku bóle w krzyżach, od 6 miesięcy łatwe męczenie się nóg. Od 4 miesięcy nie porusza już nogami, ma uczucie ścierpnięcia oraz pieczenia w nogach. Chwilami nagłe zrywania nóg. Równocześnie wystąpiły trudności w oddawaniu moczu, stolec zaparty. Od czasu zachorowania ma uczucie opasania w biodrach. Neurologicznie: czaszka, nerwy mózgowe i kończyny górne bez zmian. Brak dolnych odruchów brzusznych. Kończyny dolne: wszystkie ruchy czynne zniesione, jedynie ślad ruchów w stopach. Hipotonja. Odruchy kolanowe i achillesowe równe, *clonus spurius* obu stóp, Babiński, Oppenheim +, odruch potrójnego zgięcia obustronnie dodatni. Czucie powierzchowne od D_{11} wdół, hipalgezja i hipestezja. Czucie głębokie zniesione. Tkliwość opukowa kręgosłupa lędźwiowego. Badanie manometryczne: ciśnienie początkowe 6.5 cm. Ucisk na jedną żyłę szyjną 6,5, na dwie żyły szyjne 6,6 cm. Parcie 15 cm po zaprzestaniu opada szybko na 9,5. Po upuście 7 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, ciśnienie 0.

Płyn ksantochromiczny, odczyn Bordet-Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny.

Myelografja: lipjodol zatrzymał się całkowicie w postaci stożka o nieregularnej podstawie w odległości 3 mm od dolnej granicy X kręgu piersiowego.

Rozpoznanie: *tumor extramedullaris in regione* D_{10}—D_{11}.

21. XI. W czasie zabiegu operacyjnego (prof. Glatzel) na oznaczonem miejscu guz znaleziono i usunięto.

Badanie histologiczne (prof. Ciechanowski): *meningeoma*.

3. XII. 1933 r. chora zmarła spowodu ropowicy w okolicy rany pooperacyjnej — posocznico-ropnica.

Przypadek Nr. 5. J. W. lat 27, przyjęty 18. IV. 1934 r. Początek choroby przed 9 miesiącami. Wśród zupełnego zdrowia nagle wystąpiły bóle o charakterze kolki od tyłu ku przodowi w piersiach. Mimo leczenia ból utrzymywał się przez trzy miesiące. Później wystąpiło ścierpnięcie stóp, lewej a potem prawej, po 3 dniach cierpnięcie i mrowienie podbrzusza oraz utrud-

nienie w oddawaniu moczu. W dwa tygodnie później porażenie nóg. Neurologicznie: przy próbie doprowadzenia brody do klatki piersiowej ból w kręgosłupie piersiowym. Porażenie kurczowe obu kończyn dolnych. Odruchy kolanowe bardzo silnie wzmożone. Odruchów achillesowych spowodu napięcia zginaczy podudzia nie udało się wywołać. Babiński, Oppenheim +. Odruchy brzuszne i jądrowe zniesione. Czucie głębokie zniesione. Czucie powierzchowne od D_5 wdół zniesione. Kręgosłup bolesny na opuk w okolicy D_5. Na tejże wysokości kyfoza. Na kości krzyżowej i pośladkach odleżyny.

Rentgenologicznie (dr. Korabczyńska): kręgosłup zmian nie przedstawia.

Badanie manometryczne: ciśnienie początkowe 6,5 cm, ucisk na jedną żyłę szyjną 6,5, ucisk na obie żyły szyjne 6,5. Parcie 19 cm, po upuście 7 cm³ płynu ciśnienie 0.

Płyn ksantochromiczny. Nonne-Appelt silnie dodatni, Pandy dodatni. Odczyn Bordet-Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny.

26. IV. myelografja. Lipjodol zatrzymał się na wysokości IV kręgu piersiowego.

Rozpoznanie: *tumor medullae spinalis in regione D_4*.

11. V. 1934 r. laminektomja (doc. Nowicki). Na oponie twardej rozszerzenie naczyń i szaro-żółte naloty. Po rozcięciu opony twardej na wysokości drugiego do czwartego kręgu piersiowego, stwierdzono szarawe masy słabo ukrwione, kruche, które usunięto.

Histologicznie: *meningeoma sarcomatodes*.

Po operacji stan chorego nie uległ poprawie, a dnia 19. VI. 1934 chory zmarł. Sekcja: *Dermatitis extremitatum infer. Degeneratio parenchymatosa myocardii, oedema pulmon. et cerebri sepsis, meningeoma* na przestrzeni VI—X kręgu piersiowego, ubytki rdzenia oraz zgrubienia wychodzące z wewnętrznej powierzchni opony twardej.

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Rzadki przypadek rozpoznanego za życia tętniaka aorty piersiowej u dziewczynki 12-letniej.

Ze Szpitala Karola i Marji dla Dzieci.
Dyrektor: Prof. Dr. Szenajch Władysław.

Janina I., lat 12, Nr. prot. 16,263.[1]) Dwunastoletnia dziewczynka miejska przybywa 12. IX. 1925 do szpitala spowodu od pół roku trwającej choroby gorączkowej z dreszczami, z dusznością, kaszlem, wymiotami, kłuciem w piersi i z postępującem wyniszczeniem. Dziewczynka przebyła w pierwszym roku życia zapalenie płuc, w następnych latach kilkakrotnie przebywała zapalenia gardła. Zapalenia stawów nigdy nie miała. W domu troje rodzeństwa zdrowych. Rodzice zdrowi. Dziewczynka w czasie półrocznej choroby przebywała już szereg tygodni w szpitalu i znajduje się w stałej opiece lekarzy. Miała stosowane kilkakrotne kuracje przeciwzimnicze, a wobec ich bezskuteczności — uchodzi przez większość lekarzy za przypadek postępującej gruźlicy płucnej.

Do dziecka zostałem wezwanym, jako lekarz Kasy Chorych celem udzielenia doraźnej pomocy, a nie celem ustalenia rozpoznania, które już rodzicom dziecka było „wiadome". Przekonany jednak, że rozpoznanie dotychczasowe jest fałszywe, skierowałem dziecko do szpitala.

Badanie stwierdza przy wątłej budowie znaczne wychudnięcie. Ciepłota o typie gorączki przepuszczającej codziennej, z wahaniem od 37,6° do 40,3°. Gorączce towarzyszą dreszcze. Tętno miękkie i puste wykazuje niejednoczesność: na prawej ręce 100, na lewej 120. Ciśnienie na prawej 120/70, na lewej 90/60 (Riva-Rocci). Oddech przyspieszony 28. Błona śluzowa jamy ustnej blada, migdałki powiększone; język wilgotny, obłożony. Gruczoły szyjne i karkowe liczne, drobne, macalne. Granice serca na lewo niezmienione. Stłumienie odgłosu opukowego na rękojeści mostka. Osłuchowo stwierdza się obecność szmeru skurczowego, najwyraźniejszego na rękojeści mostka i nad ujściem tętnicy głównej. Badanie płuc wykazuje: 1) stłumienie nad lewym szczytem do połowy łopatki, tamże szmer pęcherzykowy osłabiony i osłabienie drżenia głosowego, 2) przytłumienie wypukowe u obu podstaw płucnych z tyłu, tamże osłuchowo przy braku szmeru oskrzelowego rzężenia wilgotne, średniobańkowe, częściowo dźwięczne, w miernej ilości. Śledziona wystaje na 1 palec, wątroba na 3 palce spod łuku żebrowego. Odczyn Pirqueta dodatni. Odczyn Wassermanna ujemny. We krwi hemogl. 44% Sahli. Czerw. krw. 3,700.000, białych ciał. 14,000 ze znaczną przewagą komórek obojętnochłonnych. Posiew krwi daje czystą hodowlę paciorkowców. W moczu: ślad białka, liczne po 20 — 30 krwinek czerwonych i po kilka leukocytów w polu widzenia. Pojedyncze wałeczki szkliste. Stolec stały. W kale brak pasorzytów.

Trzykrotne zdjęcia rentgenologiczne klatki piersiowej nie wykazały uchwytnych zmian sylwetki sercowej.

Dziecko pozostawało w obserwacji szpitalnej przez 2½ miesiąca. W okresie tym ciepłota utrzymywała się na tym samym typie gorączki przepuszczającej. Dziecko doznawało bólów i znieczulenia w lewej kończynie górnej. Tętno na tętnicy promieniowej lewej i prawej wykazywało stale niejednoczesność i było na ręce lewej stale gorzej napięte, aż w ostatnich dwóch tygodniach znikło zupełnie. Niedomoga narządu krążenia objawiała się pod postacią puchliny brzusznej, obrzęków kończyn dolnych i sinicy obwodowej. Dziecko wykazywało duszność wdechową i po stronie lewej osłabienie oddechów pęcherzykowych. Pod wpływem środków leczniczych stany niewyrównania ulegały poprawie. Dnia 27. XI. niespodzianie nastąpiła śmierć nagła dziecka.

Rozpoznanie kliniczne, z jakiem stanęliśmy na sekcji, brzmiało: *Endocarditis lenta. Aneurysma aortae.* Za sprawą posocznicą narządu krążenia przemawiał przebieg ciepłoty przepuszczającej, której towarzyszył szmer skurczowy nad sercem i obserwowane objawy niedomogi sercowej. Badanie krwi bakterjologiczne, wykazując obecność paciorkowca, potwierdzało realność posocznicy. Towarzyszące posocznicy anemja, obrzęk śledziony i obraz mikroskopowy ogniskowego zapalenia nerek przy przypuszczalnej sprawie zapalnej śródsierdzia składały się na kliniczne pojęcie posocznicy sercowej, zwanej: *endocarditis lenta*.

Za realnością tętniaka aorty przemawiał fakt utrzymującego się przez cały czas obserwacji niejednakowego tętna *(pulsus differens)*. Łatwo można było wyłączyć nieprawidłowość biegu tętnicy promieniowej, albo przyczynę chirurgiczną wobec braku blizn i wobec wywiadów. Przeciwko zakrzepowi, lub zatorowi tętnicy promieniowej przemawiał brak martwicy, lub zgorzeli kończyny. Nie była to również sprawa nerwowa naczynioruchowa w postaci choroby Raynaud, przeciw czemu przemawiał charakter posoczniczy gorączki. Nie podejrzewaliśmy także istnienia guzów nowotworowych na przebiegu tętnic w jamie klatki piersiowej, bo, ze względu na typ gorączki przepuszczającej, mogła być mowa jedynie o ziarnicy złośliwej. Przeciw niej przemawiał brak przerzutów gruczołowych na obwodzie, dodatni wynik badania bakterjologicznego krwi, oraz ujemny wynik rentgenografji. Istnienie guzów gruczołowych gruźliczych, mechanicznie uciskających na pnie naczyń, mieliśmy prawo również dla tych samych powodów wykluczyć. Pozostawały do przyjęcia: miażdżyca tętnic, zamykająca światło naczyń, lub tętniak tętnicy głównej, wywierający ucisk na pnie tętnicze lub ich gałęzie i powodujący tętno niejednakowe poniżej miejsca uciśniętego. Przeciw miażdżycy przemawiał, oprócz wieku dziecka, ostry posoczniczy charakter choroby z tętnem miękkiem i pustem; za tętniakiem przemawiało: stłumienie opukowe i szmer skurczowy na rękojeści mostka, przytłumienie oraz osłabienie szmeru oddechowego nad lewem płucem, duszność wdechowa oraz ból w lewej ręce spowodu ucisku na lewy splot nerwu barkowego. Za rozpoznaniem tętniaka przemawiało także zakończenie choroby w formie nagłej śmierci. Brak wypukłości tętniącej w górnej części mostka i brak tętnienia wyczuwalnego pod ręką poprzez części miękkie, jakoteż brak dodatniego rentgenogramu nie sprzeciwiały się rozpoznaniu tętniaka aorty, mimo że rozpoznanie utrudniały.

Autopsja zwłok wykazała następujący wynik badania: Dr. Półtorzycka: „Dziecko nędznie odżywione, o budowie wątłej, klatce piersiowej astenicznej. Po otworzeniu klatki piersiowej zwraca uwagę duży trójkąt sercowy, którego powiększenie zależało w znacznej mierze od dużej ilości płynu w worku osierdziowym, wyczuwalnym już przy omacywaniu. Po otworzeniu worka okazało się, iż zawierał płyn krwisty w ilości około 200 cm³ oraz obfite skrzepy wiśniowe, przylegające do powierzchni serca i oblepiające je ze wszystkich stron. Po ich usunięciu ukazała się powierzchnia serca z nasierdziem zmętniałem, zgrubiałem, pokrytem złogami włóknika. Podobny wygląd posiadała również powierzchnia wewnętrzna zewnętrznego listka osierdzia. Serce powiększone, komora lewa w skurczu. Wierzchołek serca wytworzony prawie wyłącznie przez komorę lewą. Napełnienie serca słabe. Mięsień sercowy jędrny. W części wstępującej i w łuku tętnicy głównej zwraca uwagę znaczne wypuklenie jej ściany z wyraźnym szczelinowatym otworem, przez który można z łatwością przesunąć zgłębnik do światła tętnicy. Na przekroju poprzecznym serca widoczne jest bardzo znaczne zgrubienie przegrody

---

[1]) Przypadek był przedmiotem demonstracji na posiedz. Pol. Tow. Pedj. dnia 16. XII. 1925 Dra Łyskawińskiego i Dr. Półtorzyckiej.

międzykomorowej oraz ściany komory lewej, której grubość dochodzi do 2 cm. Jama komory lewej jest bardzo mała, prawie pusta. Mięśnie beleczkowate komory są grube. Zachyłki pomiędzy niemi głębokie. Mięśnie brodawkowate grube, kopulaste. Komora prawa, która stanowi jakgdyby tylko mały dodatek do serca lewego, zawiera nieco krwi płynnej. W zastawkach: trójdzielnej i półksiężycowatych tętnicy płucnej, oraz w dwudzielnej niema zmian. Jama komory prawej nieco rozszerzona, mięśnie beleczkowate cokolwiek spłaszczone. Wsierdzie przedsionka i komory cienkie, przeświecające. Zastawki tętnicy głównej cienkie, o kształtach prawidłowych. Światło tętnicy rozszerzone. Ściana jej, zaczynając już od zatok Valsalvy, jest nadzwyczaj gruba i tworzy w łuku i w części wstępującej workowate wypuklenie wielkości mandarynki, tuż zaś ponad ujściem tętniczem lewem pierścieniowate zwężenie, w którem to miejscu ściana tętnicy dosięga największej grubości. Powierzchnia wewnętrzna worka pokryta jest szeregiem dołków, zagłębień i wypukleń oraz beleczkowatych, gdzieniegdzie drobnych brodawkowatych wyniosłości. Zabarwienie białawe, zgrubienia wyraźne żółtawe. Worek w większej swej części wypełniony jest zakrzepem, który zamyka również ujście tętnicy podobojczykowej lewej. Zmiany powyższe przechodzą częściowo na ujścia dużych pni tętniczych odchodzących od łuku aorty, i kończą się, odgraniczając się wyraźną linją, pokrytą drobniutkiemi brodawkami, od niezmienionej części zstępującej tętnicy głównej, która posiada ścianę zwykłej grubości i błonę wewnętrzną gładką.

Ze zmian innych narządów zaznaczyć należy stwardnienie zastoinowe płuc oraz zastój w wątrobie, jako następstwo zaburzeń w krążeniu. W wierzchołku płuca prawego znajduje się stare ognisko gruźlicze, częściowo w postaci guzkowatej, częściowo włóknistej. Gruczoły klatki piersiowej oraz gruczoły krezkowe niepowiększone. W nerkach zmiany zapalne niezbyt wybitnie zaznaczone. Badanie mikroskopowe wykazało obraz podostrego zapalenia nerek: *glomerulo-nephritis subacuta dispersa*.

Niewątpliwie mamy tu do czynienia z tętniakiem pochodzenia zapalnego, który przebił się do worka osierdziowego. Trudno jest orzec, jaka jest jego etjologja ze względu: 1) na brak zmian swoistych w innych narządach wewnętrznych, 2) ujemny wynik badania na odczyn Wassermanna oraz 3) wyjątkową rzadkość tętniaków na tle kiły u dzieci".

Dodać należy, że w migdałkach stwierdzono stan *tonsillitis chronica exacerbans*. Pośmiertne posiewy bakterjologiczne z migdałków i ze śledziony dały hodowlę paciorkowca. Pozwalało to nam na wniosek, że zarazek (paciorkowiec) wkroczył był przez najczęstsze wrota zakażenia u dzieci, t. j. przez pierścień Waldayera, i spowodował stan przewlekłej posocznicy z zakażeniem wsierdzia i tętnicy głównej. Jak wynika z przytoczonego protokółu sekcyjnego, badanie anatomiczne nie wykazało żadnych zmian we wsierdziu i na zastawkach serca, stwierdziło natomiast poważne zmiany w tętnicy głównej wraz z tętniakiem aorty.

Brak zmian na zastawkach nie stanowi wyjątku i, przeglądając literaturę tętniaków aorty, można się spotkać z analogicznemi „niespodziankami" sekcyjnemi. Taki jest przypadek Calvina i Nichamina, dotyczący dziewczynki 4-letniej z tętniakiem aorty. Podczas gdy na ścianie wewnętrznej tętnicy głównej były liczne brodawki — śródsierdzie zastawek nie wykazywało żadnych zmian. Nagła, niespodziewana śmierć naszej pacjentki znajduje analogję w protokółach klinicznych tętniaków aorty u dzieci. (Guggenheim, Oppenheimer).

Jakkolwiek wyhodowany za życia i po śmierci w naszym przypadku paciorkowiec mógł odgrywać rolę czynnika etjologicznego i wywołał stan posocznicy u naszej pacjentki, to jednak wolno nam mimo to w posocznicy tej domyślać się objawu zakażenia gośćcowego. W dzisiejszym stanie wiedzy o reumatyzmie wiadomo, jak często zwykł on się kryć pod maską paciorkowca. Brak zmian w stawach nie stoi bynajmniej na przeszkodzie takiej hipotezie. Wywiady stwierdzają natomiast częste anginy. Na sekcji stwierdzono migdałki zapalnie zmienione. Wiadomo, jak ważną rolę w patogenezie gośćca stanowią właśnie anginy u dziecka. W przypadku naszym mamy prawo na podstawie ujemnej anamnezy, klinicznej i serologicznej obserwacji wykluczyć zakażenie przewlekłe kiłą wrodzoną, a obok kiły za najczęstszą przyczynę tętniaków aorty u dzieci przyjmują autorowie zakażenie gośćcowe (Moussous, Marfan, Variot, Calvin, Bronson, Narr).

Zagadnienie powstania tętniaka nasuwa dwie możliwości: 1) że wywołany był przez bezpośrednie zakażenie błony wewnętrznej tętnicy głównej, lub 2) że spowodowany był przez zakażony zator w tej błonie wewnętrznej poprzez *vasa vasorum*. W pierwszym wypadku na pewnym odcinku naczynia, zaatakowanym przez bodziec zapalny, przychodzi w ścianie wewnętrznej do nacieku zapalnego z wytworzeniem guzków *(verrucae)*. Naciek zapalny i martwiczy może drążyć do warstw głębszych, przebić się przez błonę elastyczną i zająć warstwę środkową. Pod wpływem ciśnienia krwi osłabiona ściana naczynia ulega rozszerzeniu, tworząc tętniak. Druga możliwość powstania zatoru zakaźnego poprzez *vasa vasorum* nie jest również wykluczona i zasadniczo nie zmienia istoty rzeczy. Pęknięcie tętniaka jest w związku ze stopniem zniszczenia rusztowania tkanki elastycznej. Zanik tkanki elastycznej postępuje od wewnątrz ku zewnątrz, albo ogniskowo naokoło *vasa vasorum*.

W przypadku, przez nas opisanym, badanie radjologiczne było, jak wspomniano, ujemne. Dla wtajemniczonych nie stanowi to nic dziwnego. Stienon i Wildenberg opisują naodwrót przypadek woła operowanego, które przez długi czas rozpoznawano na podstawie objawów klinicznych i obrazów radjologicznych za typowy tętniak łuku aorty.

Przypadki tętniaka aorty w wieku dziecięcym nie należą do częstych. Według Lidella, który 243 przypadki śmierci spowodu tętniaków w Now. Yorku zgrupował podług wieku, przypadało na wiek dziecięcy 10 przypadków, w tem na wiek od 10 do 15 lat — 2 przypadki. Według Calvina i Nichamina istnieje 44 opisów przypadków tętniaka aorty, tyczących się wieku poniżej 18 lat, w tem tylko 50% było badanych anatomo-patologicznie.

Nasz przypadek zasługiwał na opis nietylko ze względu na rzadkość samego zjawiska, jakiem jest tętniak tętnicy głównej w wieku dziecięcym, ale także ze względu na trafność rozpoznania go za życia, mimo szeregu niesprzyjających warunków.

Streszczenie.

Dziewczynka 12-letnia, chora od pół roku, choruje wśród gorączki o typie przepuszczającym, z obrzękiem śledziony, wątroby, z białkomoczem i z objawami zapalenia wsierdzia. W czasie 6-tygodniowej obserwacji szpitalnej, przy badaniu rentgenologicznem ujemnem, stwierdzono realność posocznicy paciorkowcowej z objawami zapalenia wsierdzia, a więc: *endocarditis lenta*, oraz na podstawie utrzymującego się tętna niejednakowego i objawów ucisku sąsiedztwa stwierdzono tętniak tętnicy głównej. Śmierć nagła i niespodziewana.

Badanie pośmiertne zwłok potwierdziło istnienie tętniaka w okolicy łuku tętnicy głównej z istnieniem brodawkowych nacieków na powierzchni wewnętrznej ściany tętnicy głównej, pęknięcie szczelinowate ściany tętniaka i wylew krwawy do worka osierdziowego. Sekcja stwierdziła także podostre zapalenie kłębuszkowe nerek, zastoinowe zmiany w płucach, wątrobie oraz przewlekłe zapalenie migdałków. Ponieważ posiewy pośmiertne z migdałków i śledziony wyhodowały paciorkowca — można dopatrywać się przyczyny sprawy chorobowej w zmienionych zapalnie migdałkach. Jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że pod postacią posocznicy paciorkowcowej rolę właściwej etjologji chorobowej odgrywało zakażenie gośćcowe.

Piśmiennictwo:

1) Bronson a. Sutherland: Brit. J. Childr. Dis. 15:16. 1916. — 2) Calvin J. i Nichamin S.: Americ. Journ. of Dis. of Childr. Vol. 48. Nr. 4. October. 1934. — 3) Calvin J.: Americ. J. Dis. Childr. 21:377. 1921. — 4) Dąbrowska J.: Gaz. Lek. Nr. 10. Str. 116. R. 1920. — 5) Eppinger: Arch. f. klin. Chir. 1887. — 6) Feylaud: Thèse de Paris. 1906. de la Rue. Thèse de Paris. 1906. — 7) Guggenheim Albert: (Univ Path. Inst. Heidelberg). Aneurysma des Ductus Botalli mit Ruptur. Frankf. Z. Path. 40 (436—443). 1930. Zntrbl. 1931 (217). — 8) Klotz O.: Tr. A. Amer. Physicians. 27:181 1912. — 9) Lebeuf: Thèse de Bordeaux. 1898. — 10) Łyskawiński, Półtorzycka: Ped. Pol. 1926. str. 65, pos. 16. XII. 1925 — 11) Moussous Andre. Maladies des Vaisseaux. — La Pratique Mal. des Enfts. Paris. 1911. — 12) Narr F. C. Am. J. Dis. Childr 45:447. 1933. — 13) Phaenomenow: Arch. f. Gynaekol. 1881. Durante Soc. anat. 1899. — 14) Pfaundler u Schlossmann: Handb. f. Kindhlk. III. Bd. Leipzig. 1910. — 15) Rist et P. Véran: Ann. de Méd. nov. 1933. — 16) Smith F. M. i Hansmann G. H.: Arch. of int. Med. Vol. 38. Nr. 3. — 17) Stienon et Wildenberg: (Arch. du coeur. Mai. 33). — 18) Typograf: Warsz. Tow. Lek. 19. V. 1925. — Pol. Gaz. Lek. 47, 1925. — 19) Thomas: Virchows Arch. Bd. III. 112 — 113. — 20) Weill-Hallé B. et Halk: Bull. Soc. méd. Hôp. Paris. III. s. 47. (240—244). 1931. — 21) Wolff: Med. Ges. Kiel. 9. VI. 1932.

Dr. JAN ZAMBRZYCKI. Grudziądz.

Dożylna oleoterapja.

W lecznictwie nie obowiązuje i nigdy obowiązywać nie będzie jedna ogólna norma, a zasadami etycznemi, które wysuwa się jako naczelne dyrektywy, należy kierować się także w stosunku do człowieka zdrowego. Nie mogą więc one uchodzić za wyłączne prawidła dla czynności terapeutycznych. Istnieje jedynie pewien zasób metod uzyskanych trybem indukcyjnego wnioskowania, których dobór stosuje się każdorazowo do panujących przekonań i teoryj. Tylko jednemu warunkowi odpowiadać musi każdy sposób leczniczy: musi oddziaływać dodatnio na przebieg leczenia.

W dwóch poprzednich publikacjach w Polskiej Gazecie Lekarskiej (Nr. 41/33 i 20/34) ogłosiłem dotychczasowe wyniki leczenia zastrzykami dożylnemi preparatów oliwowych. Na podstawie mego czteroletniego doświadczenia — a wykonałem w tym czasie przeszło 4000 zastrzyków — mogę z całą pewnością powtórzyć moje ówczesne twierdzenie, że injekcje tego rodzaju nie powodują zatoru tłuszczowego. Badania, przeprowadzone w licznych klinikach krajowych, fakt ten niezbicie potwierdzają. Skutki lecznicze tą metodą są w przeciwstawieniu do wlewania dożylnego roztworów wodnych tak znaczne, że zasługuje ona na ogólne zastosowanie. Preparaty, wykonane z specjalnie przygotowanej oliwy i zawarte w ampułkach, są podane do rejestru przez firmę R. Barcikowski S. A. Poznań, pod następującemi nazwami:

1) *Calcenin* z 8% zawartością fosforanu wapniowego.
2) *Jodvenin* z 20% zawartością jodu.
3) *Chinvenin* z 5% zawartością chininy zasadowej.
4) *Sulfenin* z 5% zawartością siarki koloidalnej.
5) *Septiven* z 2% zawartością czerni zwierzęcej uczynnionej *(Carbo animalis activ.)*.

Do leczenia wzmiankowaną metodą nadają się choroby płuc, mianowicie zgorzel, abscesy i gruźlica płuc *(Calcenin, Jodvenin* i *Septiven)*. Jedynie tą metodą można wyleczyć astmę oskrzelową, stany poastmatyczne z rozedmą płuc i przewlekłym katarem i bronchit przewlekły pierwotny. Krwawienia z płuc ustają po kilku zastrzykach *Calcenin'u*. Dalszą dziedziną zastosowań są choroby przewodu pokarmowego. Jeżeli chodzi o zagojenie krwawiących owrzodzeń, stosuje się *Calcenin* lub *Septiven (ulcus ventriculi, duodeni, colitis ulcerosa)*. Stany zapalne ustępują po zastosowaniu *Chinvenin'u* i *Septiven'u* (gruźlica kiszek, dyzenterja i tyfus). Dla uzupełnienia szeregu wskazań podam w niniejszej pracy kazuistykę chorób nerek, ustroju nerwowego i serca. Zacznę od przypadków chorób nerkowych.

1) Stefan N., 39 lat, urzędnik. Od roku choruje na zapalenie nerek po anginie. W moczu jest 3—4‰ białka, w osadzie wałeczki wszelkiego typu, erytro- i leukocyty, nabłonki nerkowe. Od 23 kwietnia do 15 czerwca 1934 roku dawałem mu co drugi dzień 2 cm³ *Calcenin'u*. W końcu czerwca nie miał już białka w moczu. Przy badaniu w dniu 19 września 1934 r. nie stwierdziłem żadnych zmian chorobowych i czynność nerek była prawidłowa.

2) Guenther F., 9 lat, uczeń. Od pół roku choruje na zapalenie nerek po błonicy. W moczu 2—3‰ białka, wałeczki i leukocyty. Po 12 zastrzykach *Calcenin'u* (jeden na tydzień) znikło białko z moczu.

3) Franciszek St., 43 lat, kupiec. *Nephritis haemorrhagica*. Cystoskopja i pyelografja nie wykazały kamienia. W moczu 6‰ białka i bardzo wiele erytrocytów. Chory dostawał co drugi dzień 2 cm³ *Calcenin'u* dożylnie. Po 6 zastrzykach krwawienie zupełnie ustało, po 8 tygodniach znikło białko i osad z moczu. Odtąd upłynęło 6 miesięcy bez nawrotu. *Calcenin* zastępuje zupełnie dwa rodzaje leków, dawanych obecnie przy zapaleniu nerek dożylnie: cukier gronowy i wapń w wodnych roztworach.

4) Kazimiera M., lat 29, robotnica. Od czterech lat choruje na ropienie miedniczek nerkowych. Ponieważ chora musi zarabiać na siebie, przerywała często kurację. Leczyłem ją ambulatoryjnie *Septiven'em* od sierpnia do połowy listopada 1934 r. (dwa razy na tydzień po 2 cm³) z tym skutkiem, że ropienie obecnie zupełnie ustało.

Przy omawianiu chorób przewodu moczowego możnaby dodać, że na silne zapalenie pęcherza moczowego np. przy kamicy lub chorobach gruczołu krokowego, które przy cystoskopji łatwo krwawi, a na wszelkiego rodzaju miejscowe zabiegi bardzo jest oporne, działają bardzo dobrze wlewania przez cewnik ogrzanej oliwy. Silne parcie na mocz ustaje natychmiast, a stany zapalne śluzówki pęcherza ustępują w szybkiem tempie. Gruźlicę pęcherza będzie można leczyć tym sposobem.

Przechodzę obecnie do omówienia zastosowań przy chorobach ukłdu nerwowego. Na wstępie opiszę dwa przypadki *tabes dorsalis*.

1) Bernard G., lat 41, fabrykant mebli. W roku 1920 zaraził się kiłą. Odbył trzy kuracje kombinowane z zastrzykami bizmutu i salwarsanu. Stan jego przedstawiał się dn. 11 sierpnia 1933 r. następująco: chory jest chudy, silnie osłabiony, nie może pracować spowodu bezustannych bólów. Podczas napadu oddycha ciężko i nieregularnie, zaciska zęby i trzęsie się cały z bólu. Najsilniejszy ból czuje w okolicy serca pod mostkiem *(crise cardiale)*, czasami w żołądku *(crise gastrique)*, w krtani i przeszywające bóle w nogach. Brak zupełny odruchów kolanowych, objaw Romberga, chód bezładny, źrenice nierówne i niewrażliwe na światło. Wassermann we krwi negatywny. Począwszy od tego dnia aż do końca lutego 1934 r. dawałem choremu codziennie 2 cm³ *Jodvenin'u* dożylnie w okresach po 4—6 dni. Pomiędzy tem następowały przerwy po 1—2 tygodni. Podczas kuracji objawy choroby wzmagały się kilkakrotnie, lecz już w jesieni 1933 r. nastąpiło znaczne polepszenie i chory mógł rozpocząć pracę. W lutym 1934 roku skończyłem kurację. Dnia 30 czerwca 1934 r. zjawił się pacjent do zbadania. Jego stan ogólny poprawił się znacznie, przybrał 10 kg na wadze, nie ma już żadnych ataków, pracuje codziennie i odbywa dalekie podróże. Objawy zewnętrzne choroby nie doznały zmiany, tylko chód stał się zupełnie pewny.

2) Franciszek G., lat 35, rzeźnik. Infekcja luetyczna nastąpiła w 19 roku życia. 14 kuracyj kombinowanych, w roku 1932 leczenie malarją. Zmiany chorobowe umiejscowiły się przeważnie w dolnej części rdzenia. Od trzech lat cierpi na przeszywające bóle w nogach, bóle w plecach i utrudnienie oddawania moczu i kału. Przy zbadaniu w dniu 15 czerwca 1934 r. stwierdziłem brak odruchów kolanowych, objaw Romberga, i bezładny chód. Źrenice są równe, ale nie reagują na światło. Odbyt jest szeroko rozwarty spowodu atonji zwieracza. Chory ma okresy z biegunką bezbolesną, potem znowu silną obstrukcję. Nie czuje, kiedy pęcherz jest pełny i nie następuje odruchowe wypróżnienie. Często mocz odchodzi bezwiednie. Leczyłem tego chorego od połowy czerwca do końca grudnia 1934 r. Dostawał trzy razy w tygodniu *Jodvenin* (2 cm³). Po kilku tygodniach nastąpiła poprawa, potem okres trwający dwa tygodnie z silnemi bólami w nogach, od września począwszy bóle ustały zupełnie; chód stał się pewniejszy i oddawanie moczu i kału regularne.

W obu przypadkach stwierdziłem obok poprawy chodu zupełne ustanie ataków bólu.

Miałem tylko raz jeden okazję leczenia zapalenia gruźliczego opon mózgowych, i to z zupełnem powodzeniem.

Genowefa J., urodzona 19 października 1927 r. chorowała na krzywicę. 15 czerwca 1934 r. dostaje bóle brzucha, wymioty i gorączkę. Po kilku dniach wystąpił brak przytomności, rzucanie się w łóżku i trzymanie głowy silnie przegiętej ku tyłowi. Przy zbadaniu 20 czerwca 1934 r. stwierdziłem tężec karku, ogólną hiperestezję, obustronną tarczę zastoinową na dnie oka i objaw Kerniga. W płynie mózgowym, który przy nakłuciu wyciekał pod wzmożonem ciśnieniem, znalazłem wiele limfocytów i wiele białka. Tego dnia gorączka, sięgała 39,5°. Zaraz po zbadaniu dałem dziecku 2 cm³ *Jodvenin'u* dożylnie, drugi raz w dniu 22 czerwca. Po tych zabiegach gorączka opadła po chwilowem krótkotrwałem podniesieniu i dziecku wróciła przytomność. Dnia 26 czerwca pacjentka jest zupełnie przytomną, nie ma gorączki i ruchy głowy są swobodne. Skarży się jedynie na silne bóle głowy. Tegoż dnia dałem jej jeszcze jeden zastrzyk. Dnia 30 czerwca dziecko jest bez gorączki, bez bólu głowy, ma apetyt i wstaje. Podczas dalszej półrocznej obserwacji nawrót nie nastąpił.

Jeden przypadek pląsawicy zwykłej:

Helena T., lat 11, nie chorowała nigdy, ma od urodzenia *nystagmus*. W maju 1933 roku zachorowała na pląsawicę. Dałem jej 5 injekcyj *Jodvenin'u* dwa razy w tygodniu po 2 cm³, poczem skurcze zupełnie ustały.

Leczyłem zastrzykami oliwowemi 16 przypadków epilepsji, w tem 3 robotników, którzy dostawali napady kilka razy w tygodniu. U wszystkich stwierdziłem po 2—3 miesięcznej kuracji *Jodvenin'em* (co trzeci dzień) powolne ustawanie napadów. Na szczególną uwagę zasługuje następujący przypadek:

Bolesław W., lat 40. W sierpniu 1933 r. poddał się operacji, którą usunięto kamień nerkowy. Użyto przy niej dożylnej narkozy ewipanem .Chory pozostał 2 miesiące w łóżku. Już we wrześniu dostał pierwszych lekkich napadów epileptycznych, w styczniu 1934 r. pierwszy silny napad z kurczami i zupełną utratą przytomności. Od tego czasu silne napady powtarzały się dość często. Od sierpnia do grudnia 1934 r. stosowałem u niego zastrzyki *Jodvenin'u* dwa razy w tygodniu. W tym okresie chory nie dostał już ani jednego napadu.

Ponieważ obserwacja epilepsji wymaga dłuższego okresu czasu, nie można jeszcze stwierdzić, czy zupełne wyleczenie tej choroby oleoterapją będzie możliwe, lecz sądząc po dotychczasowych wynikach, można się tego spodziewać.

Reasumując rezultaty leczenia chorób nerwowych moją metodą muszę przyjść do przekonania, że system nerwowy bardzo jest wrażliwy na tego rodzaju kurację i tem silniej reaguje, im świeższe są w nim zmiany patologiczne. Ze względu na neurotropizm pierwiastka jodowego, używałem do leczenia tych chorób wyłącznie *Jodvenin'u*.

Z chorób serca leczyłem dożylną oleoterapją miażdżycę tętnic wieńcowych i ostre zapalenie wsierdzia.

1) Antoni L., 59 lat. Cierpi na napady *angina pectoris* i astmy sercowej. Riva-Rocci 100—150. Od 18 października 1933 r. do 1 listopada 1934 r. dawałem mu co tydzień 2 cm³ *Jodvenin'u* dożylnie, oprócz tego co dwa miesiące 600 r. na okolicę serca. Ta kombinowana kuracja naświetlaniem promieniami Roentgena i dożylnemi zastrzykami *Jodvenin'u* usunęła zupełnie wszelkie dolegliwości. Podczas konsultacji w dn. 10 grudnia 1934 r. chory zapewniał, że może iść pod wiatr bez odczuwania ucisku w piersiach.

W ten sam sposób wyleczyłem 9 innych pacjentów chorujących na anginę miażdżycową.

2) Stefan M., lat 34. *Endocarditis chronica*. Od 3 czerwca 1934 r. piąty z rzędu nawrót ostrego zapalenia z septyczną gorączką i zapaleniem nerek. Ponieważ zastrzyki srebra nie dawały żadnej poprawy, zdecydowałem się na *Septiven*. Od 4 sierpnia do 17 września 1934 r. otrzymywał dwa razy na tydzień 2 cm³ *Septiven'u*. Po tych zabiegach gorączka powoli opadła, dreszcze ustały i białko znikło z moczu.

3) Ferdynand S., lat 36. Stan bardzo poważny. Rozszerzenie serca w lewo o 4 cm, septyczna gorączka i porażenie prawej strony ciała spowodu embolji mózgu. Po 7 tygodniowej kuracji *Septiven'em* gorączka ustała i pacjent wyleczył się, porażenie prawej nogi pozostało.

Począwszy od roku 1931 stosowałem u każdego reumatyka dożylną oleoterapię. Wpierw służyła do tego czysta oliwa, potem preparaty z wapniem, jodem, kwasem bedźwinowym albo chininą. Każdy przypadek ostrego gośćca stawowego lub mięśniowego reaguje bardzo dobrze na dożylne zastrzyki preparatów oliwowych. Jeżeli zachodzi podejrzenie o powikłanie z zimnicą, używam *Chinvenin'u*, przypadki zwykłego reumatyzmu leczę obecnie *Septiven'em*. Chroniczne stany gośćcowe i *arthritis deformans* wymagają zastrzyków *Jodvenin'u*. Terapję tę stosuję także przy zniekształceniach stawów. O ile są znaczne zmiany przy kościach stawowych, nie można ich zupełnie usunąć, ale wszelkie bóle przy ruchach i bóle samoistne ustają zazwyczaj, a obrzęki znikają. Dnę w formie ostrego napadu i zmian chronicznych leczę *Sulfvenin'em*.

Ponieważ choroby stawów stanowią bardzo duży teren zastosowania dożylnej oleoterapji, opracowanie ich nastąpi w osobnej monografji.

Dożylnych zastrzyków preparatów oliwowych używa się nietylko do leczenia chorób wewnętrznych, ale niektóre z nich mogą być zastosowane przy innych chorobach jak np. ostre zapalenie połogowe, zapalenie żył, ostre i przewlekłe zapalenie macicy i jajowodów, choroby skórne i weneryczne. Literatura, która uwzględni te poszczególne działy lecznictwa, jest w przygotowaniu.

Na dodatnie działanie lecznicze dożylnej oleoterapji składają się liczne szczegóły. Sama kliniczna obserwacja może je częściowo wytłumaczyć. Chory, u którego dokonuje się injekcji dożylnej oliwy albo preparatu z oliwy, czuje już podczas zabiegu charakterystyczny jej smak albo leku w niej rozpuszczonego. Dowodzi to, że płyny te rozprzestrzeniają się we krwi tak szybko jak woda podana dożylnie i o wiele szybciej niż leki aplikowane domięśniowo. Preparaty oliwowe zostają tylko w części wychwytane przez układ siateczkowo-śródbłonkowy płuc, reszta dostaje się do dużego krążenia. Można więc poddać działaniu terapeutycznemu wszystkie części organizmu. Drogi rozchodzenia się zastrzykniętej dożylnie oliwy po organizmie, rozmieszczenie jej w poszczególnych organach i sposób wydzielania, ustalone będą przez obserwację eksperymentalną, której dokonywa się obecnie na zwierzętach. Praktycznie najważniejszym jest fakt, że wydzielanie albo spalanie preparatów oliwowych następuje powoli, aż do 24 godzin, czego dowodzą reakcje, które często dopiero w tym późnym okresie występują, jak lekkie podwyższenie ciepłoty ciała i różne objawy czuciowe w kończynach. Mają więc te preparaty bardzo wiele czasu na oddziaływanie farmakologiczne na chore części organizmu. Wszystkie wyliczone powyżej preparaty zastrzyknięte podskórnie, nie wywołują miejscowej reakcji w formie zapalenia lub nekrozy, nie powodują więc uszkodzenia błony wewnętrznej żyły i nie mogą być przyczyną trombozy. Rozpiętość ich zastosowania co do wieku chorego jest duża. Dawałem zastrzyki siedmioletnim dzieciom i chorym ponad 70 rok życia. Siarkowy preparat wywołuje po injekcji krótkotrwały kaszel, który nie występuje, gdy się da choremu przed zabiegiem małą dawkę adrenaliny. Inne preparaty nie powodują objawów ubocznych.

Dr. Bernard ENGLÄNDER. Kraków.

Polip śluzówkowy szyjki macicznej a ciąża.

Nierzadki to zapewne zespół. Chociaż widziałem tylko siedem takich przypadków, to jednak napewno każdy ginekolog miał podobne przypadki w swej praktyce, a śmiało przyjąć można, że jeszcze więcej uchodzi uwagi lekarzy, czyto dlatego, że chore spowodu wstydliwości niechętnie się poddają badaniu ginekologicznemu, czy też, że lekarze rzadko bywają wzywani do porodów prawidłowych, a kobiety zadawalniają się pomocą „babki", albo też wzywają tylko akuszerkę, która — choćby najlepsza — może łatwo wśród porodu nie zauważyć drobnego polipa szyjki.

We wszystkich moich przypadkach pacjentki, żydówki, były młode (między 19 a 26 rokiem życia), miesiączkowały regularnie (5 co 4 tygodnie, 1 co 27 dni, 1 co 25 dni) przez 3 do 5 dni, pochodziły z kół inteligentnych, zaraz po ślubie zastąpiły i nigdy przedtem nie miewały stosunków płciowych.

Sześć z nich zgłosiło się w czasie ciąży spowodu nagłego pojawienia się odchodów lekko różowych lub brunatnych i brunatnych plam na bieliźnie.

Jeden przypadek widziałem dopiero przy porodzie. Pacjentka ta przed ciążą i w czasie ciąży była zdrową, nie dostrzegała żadnych upławów ani białych ani zabarwionych, a mimo to przy badaniu wśród porodu znalazłem dość długiego smukłego polipa, zwisającego z ujścia zewnętrznego macicy. Poród przebiegał dobrze, a polip został przez napierającą główkę wśród porodu zmiażdżony i oderwany; w kilka tygodni potem nie znalazłem przy badaniu żadnych po nim śladów.

U pięciu innych pacjentek usunąłem polipa, poczem rankę okryłem gazą, którą następnego dnia usunąłem. Nadto pozostawiłem chore w łóżku przez kilka dni, zalecając bezwzględny spokój, zaniechanie stosunków płciowych, lekko strawną dietę, wreszcie dla wzmocnienia, raczej *„ut aliquid fecisse videatur"*, poleciłem *tinct. malatis ferri* 3 razy dziennie po 10 kropel. U czterech z tych pacjentek, które zgłosiły się w początku ciąży, między 6 a 8 tygodniem, sprawa przeszła dobrze, krwawienia ustały, a poród odbył się naczasie, prawidłowo.

U piątej chorej leczenie to dało wynik niepomyślny. W kilka dni po usunięciu polipa, mimo bezwzględnego spokoju, doszło do skurczów macicy i wydalenia płodu czteromiesięcznego. Nie można było dojść, jaka była tego przyczyna. Chora inteligentna, zdająca sobie sprawę ze swego stanu, przestrzegająca ściśle mych poleceń, nie uległa w tym czasie żadnym wzruszeniom psychicznym, żadnym wstrząsom mechanicznym, przeczyła *„excessus in Venere"*, a mimo to po usunięciu polipa poroniła.

U szóstej chorej, nauczony doświadczeniem, postąpiłem konserwatywnie. Zaleciłem jedynie spokój, leżenie w łóżku, dietę lekko strawną; wynik był zadowalniający. Ciąża wśród zupełnego zdrowia dobiegła do końca.

Nasuwa się tu pytanie, jakie postępowanie w tych przypadkach jest właściwsze, operacyjne czy konserwatywne. Sądzićby można, że skoro na pięć przypadków, cztery razy usunięcie polipa sprawę pomyślnie zakończyło i ciąża została utrzymana, to takie postępowanie jest celowe. Ale czyż ów przypadek piąty, w którym nastąpiło poronienie, nie jest raczej dość wyraźnem ostrzeżeniem, że w przypadkach komplikacji polipa z ciążą należałoby może przecież postąpić zachowawczo, tem bardziej, że w jednym takim przypadku zachowując się konserwatywnie ciążę uratowaliśmy, w drugim zaś ciąża bez wszelkich powikłań i bez zabiegu doszła szczęśliwie do końca i polip oderwał się dopiero w czasie porodu bez żadnych złych następstw. A wystąpienie poronienia, choćby nawet lekarz przedtem się zastrzegł, że jest to możliwe, aczkolwiek mało prawdopodobne po tak małym zabiegu jak usunięcie polipa, — szkodzi opinji lekarza, a przedewszystkiem nie jest obojętne dla chorej.

Na podstawie tych kilku spostrzeżeń nie można jeszcze oświadczyć się stanowczo za tem lub owem postępowaniem. Konieczne więc jest ogłaszanie dalszych spostrzeżeń tego rodzaju.

Jeszcze jedno pytanie wymaga odpowiedzi, a mianowicie etiologiczne. Jak dotychczas, polip śluzówki szyjki macicznej uważany jest za następstwo przewlekłego nieżytu błony śluzo-

wej. Ale jak to pogodzić z naszemi przypadkami, w których pacjentki zawsze były zdrowe, nie miały nigdy ani śladu upławów, nigdy nie krwawiły przed zamążpójściem, nigdy przedtem nie spółkowały, a zaraz po ślubie zastąpiły? Wprawdzie nieżyt przewlekły szyjki macicznej nie wyklucza zajścia w ciążę, ale, jak poucza doświadczenie, bardzo zastąpieniu przeszkadza; a tu przeciwnie kobiety młode, zawsze zdrowe, nigdy na upławy niecierpiące, wkrótce po ślubie zastąpiły. A może więc polip śluzowy szyjki macicznej nie zawsze ma coś wspólnego z przewlekłym nieżytem szyjki macicznej? Aby to wyświetlić, trzebaby licznych obserwacyj, trzeba te przypadki dokładnie poznać i notować. Nie będzie to łatwe, skoro wiele takich chorych wcale nie wie o tem, że ma w szyjce macicy polipa, bo nie mają żadnych nieprawidłowych odchodów, a jeśli zastąpią, to ciąża może bardzo dobrze dobiec do końca bez żadnych powikłań, a nawet wśród porodu można nie zauważyć polipa.

Toteż wyświetlenie tej sprawy byłoby możliwe, jeżeliby każda chora zgłaszająca się do lekarza była badana ginekologicznie, nawet gdy się na zaburzenia w zakresie narządu rodnego nie skarży. Badanie mogłoby być przeprowadzane w każdym przypadku oczywiście tylko za zgodą pacjentki. Po wytłumaczeniu, o co chodzi, prawie każda pacjentka zbadać się z pewnością pozwoli. Badanie musiałoby się odbywać zawsze także z pomocą wziernika lub, co lepiej, waginoskopu, w przeciwnym bowiem razie drobne zmiany mogą ujść uwadze nawet wprawnego lekarza przy badaniu tylko palcem bez kontroli wzroku. Badając bezpośrednio wzrokiem, łatwo dostrzec małe polipy tkwiące jeszcze w szyjce lub zaledwo z szyjki wysunięte, jak również małe nadżerki koło ujścia zewnętrznego macicy i odpowiednio je leczyć. Pamiętać przecież należy, że nadżerki nieraz napozór nieznaczne, spoczątku niedające żadnych objawów i nienaruszające zdrowia chorej, mogą być początkiem sprawy bardzo poważnej, to jest raka.

Toteż w racjonalnej walce z rakiem powinien być uwzględniony postulat, aby badanie ginekologiczne było wykonywane u każdej, ile możności chorej, zgłaszającej się do lekarza.

Dr. Fryderyk GOLDSCHLAG. Lwów.

Rozstępy skórne. (Striae).

Uwagi na temat pracy Dr. Al. Steinhardta: Dwa przypadki choroby Cushinga (P. G. L. Nr. 8. 1935).

Omawiając dwa własne przypadki i pomieszczając spostrzegany w nich zespół objawów w ramach rzadkiej choroby Cushinga, poświęca Steinhardt dużo miejsca sprawie t. zw. rozstępów *(striae)*. Wątpliwości autora co do wystarczalności dawnych poglądów na patogenezę tych zmian są uzasadnione i już oddawna przez dermatologów podnoszone.

Prócz rozstępów u ciężarnych *(striae gravidarum)*, umiejscowionych głównie na brzuchu, pośladkach, biodrach, znamy rozstępy pod wpływem szybkiego wzrostu *(striae adolescentium)* u młodych osobników, których wymiary podłużne uległy nagłemu powiększeniu. Miejscem predylekcyjnem dla nich jest dolna część grzbietu, uda i kolana; przebieg ich jest poprzeczny do kierunku wzrostu. *Striae adipositatis* usadowiają się chętnie na łopatkach, piersiach, ramionach, brzuchu, gdzie mają identyczny wygląd jak *striae gravidarum*, i na udach. Spotyka się je głównie u kobiet. W dotychczas wymienionych rodzajach rozstępów decydują czynniki mechaniczne, wspomagane być może pewną dyspozycją (mniejsza wartościowość tkanki elastycznej?). Rzadziej spotykane i mniej dobrze znane ogółowi lekarzy są *striae infectiosae*.

W literaturze dermatologicznej istnieją dwie podstawowe prace na ten temat: Brünauera, który zaobserwował rozstępy po ciężkiej czerwonce typu Shiga-Kruse i Kogoja, przy daleko posuniętej gruźlicy. Najczęściej występują one przy durze brzusznym. W Towarzystwie Dermatologicznem Lwowskiem przedstawiłem przed kilku laty młodego człowieka z rozległemi, do 2 cm szerokości dochodzącemi, rozstępami po szczęśliwie przebytym skręcie kiszek. W ostatnich dniach obserwowałem wspólnie z pedjatrą Kol. Marklem dziewięcioletnią pacjentkę, u której 22 dnia szkarlatyny, przy zupełnie lekkim, bez komplikacji przebiegu, wystąpiły na udach rozległe, smugowate rozstępy.

Takie właśnie przypadki nasunęły koncepcję, że w patogenezie rozstępów należy się liczyć z czynnikiem toksycznym. Przy chorobach zakaźnych przyjęcie jadów bakteryjnych, krążących we krwi i uszkadzających włókna sprężyste jest zrozumiałe i chętnie przyjmowane. Ale i dla patogenezy rozstępów innego pochodzenia ta teorja może mieć zastosowanie, z modyfikacją, że nie jady bakteryjne lecz substancje powstałe spowodu dysfunkcji gruczołów dokrewnych wywierają zgubny wpływ na elastynę. Te hipotetyczne jady nazywa Kogoj *„striotoksynami"*.

W dość obszernem piśmiennictwie eusiłowano zebrać argumenty, przemawiające za tem zapatrywaniem, przyczem obok tarczycy głównie w przysadce (Kermauer, Bauer, Hernstein) doszukiwano się zaburzeń, warunkujących powstawanie rozstępów. Przypadki Steinhardta stanowią cenny przyczynek do podkreślenia roli przysadki w patogenezie rozstępów.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 4. 1935. Hozer J.: Od ubezpieczenia chorobowego ku powszechnej służbie zdrowia. — Wieleński B.: O wolnym wyborze lekarza w Niemczech. — Miłaszewski B.: Jeszcze o sprawie stabinzacji.

Życie Dziecka. Nr. 1. 1935. Friedländer M.: Młodzież w środowisku wielkomiejskiem. — Hryniewiecki St.: Znaczenie wychowawcze harcerstwa. — Ryngmanowa J.: Współpraca młodzieży z Inspekcją Pracy. — Babicki J. Cz.: O wychowaniu (Wykład X). — Spis rzeczy za r. 1934.

Nowiny Lekarskie. Z. 4. 1935. Romanowski J.: O pierwotnych mięsakach wątroby. — Wojewoda W.: Medycyna w Starym Testamencie. — Santarius K.: Zwalczanie niedrożności porażennej jelit wyciągiem z tylnej części przysadki mózgowej. — Szyran W.: Przyczynek do leczenia płonicy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 7. 1935. Lejzerowicz L.: Leczenie napotne (gorączkowe) i psychiczne dychawicy oskrzelowej. — Szyfman L., Poznański L. i Gliksman H.: Zmiany elektrokardjograficzne w przypadku wysiękowego zapalenia osierdzia. — Bussel M.: Ureogeneza w świetle nowych poglądów. — Miller W.: Dławica piersiowa a gościec stawowy. — Siemieńska H.: Kongres Międzynarodowy Moralności Społecznej (dok.).

Polski Przegląd Medycyny Lotniczej. Nr. 4. 1934. Fiumel A.: Stan zdrowia pilotów myśliwskich, nocnych i dziennych. — Raczyński-Woliński K.: Wpływ zawodu lotniczego na sprawność układu nerwowego. — Macewicz P.: Wyniki badań psychotechnicznych a rzeczywistość.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 8. 1935. Krauze St.: Badania nad zawartością jodu w niektórych wodach polskich.

Nowotwory. T. IX. Nr. 1—4. 1934. Sterling-Okuniewski St.: Opadanie krwinek czerwonych u rakowatych w obecności antygenów rakowych oraz jego znaczenie rozpoznawcze. Lewiński W.: Z badań nad mięsakiem szczurzym. — Meisels E.: Nowotwory kostne. — Lewiński W.: W sprawie statystyki sekcyjnej nowotworów. — Marzyński J.: Z działalności Instytutu Leczenia Radem Łódzkiego Towarzystwa Zwalczania Raka.

Lekarz Wojskowy. T. XXV. Nr. 3. 1935. Fegler J.: Badania nad zjawiskami pobudzenia i hamowania oddechu przy chemicznem drażnieniu dolnych i górnych dróg oddechowych. — Ankułdowicz St.: Z kazuistyki powikłań w przebiegu ostrych i przewlekłych stanów zapalnych migdałków podniebiennych. — Cianciara M.: Kręgosłup a schorzenia gośćcowe. — Orlewicz St.: Ewakuacja a zaopatrywanie wielkich jednostek (dok.). Bularski J.: Higjena marszu (c. d.).

OCENY.

Thérapeutique médicale. 1. Tube digestive. (Terapja lekarska. I. Przewód pokarmowy). M. LOEPER et ANDRÉ LEMAIRE. Paris. Masson et Cie.

Rozdział I. obejmujący całokształt terapji przewodu pokarmowego zawiera rys historyczny lecznictwa od czasów najdawniejszych kapłanów lekarzy poprzez wszystkie okresy terapji — aż po organoterapję dzisiejszą i proteinoterapję naszych czasów. Czyta się to wszystko z niesłabnącem zajęciem — jak przepiękny fejleton, ale obfitujący w szlachetne myśli, rady i trafne poglądy doświadczonego klinicysty, obejmujące i zadania idealnej terapji, słowem lekarza idealnego.

II. rozdział mówi o zakażeniach drogą jamy ustnej, o znaczeniu żucia i śliny, o lekach odkażających i kojących, o objawach następowych. Szczegółowo mamy przedstawioną sprawę ropną uzębienia.

III. rozdział zawiera terapję zaburzeń wydzielniczych śliny: brak śliny, ślinotok i zakażenia gruczołów przyusznych. Zaznacza on wartość żucia dłużej trwającego, wartość diastazy (Kodeks franc.) podawanej po 0.25, 1—2 r. dz. po posiłkach, znaczenie żucia gumy, zaleca on w zaniku gruczołowym czasami JK, pilokarpinę. Uwagi o odruchach żołądkowo-śliniankowych i przełykowo-śliniankowych, o przyusznicy, o kamicy ślinianek uzupełniają ten rozdział. Obok aerofagji z połykania omawia autor również aerofagję aspiracyjną (piersiowo-przeponową), miejscowy skurcz przełyku, odruchowy, towarzyszący kamicy, zapaleniom kątnicy, schorzeniom okrężnicy i t. p. Lecznictwo obejmuje liczne przetwory kozłka (w najróżnorodniejszej postaci) [1]), bromki, (zalecony szczególnie bromek wapnia), luminal, gardenal lub ich kombinację *Extr. Belladon, Extr. hyoscyami, Extr. Valerian.* w płynie a nie w proszkach. Tylko w razie bezskuteczności leków przeciwkurczowych zalecone systematyczne stosowanie sondy; przy istniejącej ze skurczem równocześnie sprawie zapalnej *(oesophagitis)* należy równocześnie stosować przepłókiwania boranem sodowym (7:1600). Krótko rozprawia się autor z rozstrzenią przełyku *(Dilat. idiopathica)* — przyczem oprócz szczegółowo dobieranej diety pewne wskazówki udzielać choremu należy co do zmiany postawy, głębokich oddechów i t. p. (otwieranie się wpustu). Elektroterapja lub wskazanie na konieczność zabiegu chirurgicznego — kończą ten rozdział.

Rozdział IV. zawiera obszerny traktat o skurczach przełyku i o aerofagji przełykowej, żołądkowej i kiszkowej (okrężnicowej).

Rozdział V. mówi o leczeniu schorzeń organicznych przełyku. W diagnostyce oprócz wysłuchu posiadamy trójcę środków: cewnikowanie, radjologję i wziernikowanie (endoskopję) jako bioskopję. Omówiwszy w krótkości nadżarcia przełyku (pomyłki lekarskie, zamachy samobójcze) z następową *oesophagitis inflammatoria,* z martwicą błony śluzowej — podkreślają autorzy jako zadanie najważniejsze: zapobieżenie zwężaniu polegające na rozszerzaniu stopniowem, systematycznem przełyku „ani zbyt wcześnie ani zbyt późno". Elektroterapja w połączeniu z rozszerzeniem daje lepsze wyniki. Wrzód przełyku, rzadki zresztą, uważa autor jako „zbłąkany" wrzód żołądka który taksamo wymaga leczenia alkaljami. Wrzód kiłowy leczy się swoiście, gruźliczy jedynie objawowo.

Pośród powodzi leków przeciwrakowych wyróżniają się: koloidowy rozczyn 1 mg Selenu (na 1 cm³), siarczan i węglan magnezjowy. Ragaud zaleca podskórnie 10—50 cm³ (z rozczynu 25 : 1000). Barbarin zaleca do wewnątrz chlorek magnezjowy. Leczenie Roentgenem i radem (*la curiethérapie*) stawia autor o wiele wyżej niż leczenie farmaceutyczne — jakkolwiek i to leczenie zawodzi mimo kombinowanego leczenia radem, wewnętrznie i zewnętrznie.

Rozdział VI. poświęcono sprawie łaknienia i lekom pobudzającym łaknienie. Tylko parę zdań. Żołądek nie wydziela, gdy jest próżny: niesmaczny łyk papki barowej spoczywać może w zdrowym żołądku 4—5 godzin, gdy jednak zmieszana jest z dodatkiem przyjemnym, już w 3 godzinach opuszcza żołądek. Autor rozróżnia *Amara vera: Gentiana, Quassia, Colombo; Amara adstringentia: china, condurango; amara aromatica* (np. *absyth.) i amara purgativa.* Odrębne miejsce zjmuje *strychnos nux vomica.* Krótką wzmiankę poświęcono rozczynom solnym, sztucznej i naturalnej wodzie karlsbadzkiej, wodzie Chatol-Guyon i wodzie Kissingen.

VII rozdział zawiera lecznictwo dodatkowe „wydzielin" żołądka. Omówiwszy hiper- i hipochlorhydrję, hiper- i hipopepsję przechodzą autorzy do leczenia kwasem solnym i kwasami zastępczemi; omawiają wartość pepsyny, zaczynu podpuszczkowego, papainy i opoterapji. Podkreśla się znaczenie pepsyny jako czynnika działającego na cały ustrój; pepsyna działa na n. błędny i sploty brzuszne, wytwarza podciśnienie; wstrzyknięta podskórnie przyspiesza ruch treści okrężnicy; działa nietylko miejscowo, lecz jest regulatorem współpracy trawiennej, stosowana przed posiłkiem ponadto jest „lekiem ogólnym", który można stosować podskórnie, zwłaszcza że działa swoiście na układ nerwowy i ma wielką przyszłość leczniczą [2]).

VIII rozdział mówi o leczeniu nadkwaśności. Przedstawiwszy jej przyczyny i ogólne zasady dietetyczne, szczegóły dotyczące przyrody i działania podnietowo-wydzielniczego pożywienia, przedstawiają autorzy leczenie alkaljami. Szczegółowo omawiane jest działanie dwuwęglanu sodowego.

Godna uwagi jest wzmianka, że leczenie alkaljami sprzyja krwawieniom: przyjęcie 500 g wody Vichy sprowadza broczenie krwią z nosa, krwawienie z krwawnic i przedłuża miesiączkę (str. 99). Z dalszych przetworów wymieniono: magnezję, fosforan wapnia, cytrynian sodu, belladonę i atropinę.

O naświetlaniu Roentgenem stosowanem już od lat 20 — zmniejszającem niewątpliwie kwasotę wyrażają się autorzy sceptycznie i uważają je za niebezpieczne i bądźcobądź jest to leczenie wyjątkowe, niedorównujące alkaliom [3]).

W IX rozdziale mamy uwagi o gazach w żołądku i aerofagji żołądkowej czyli pneumogastrji; bóle „anginowe" będące właściwie tylko skurczami przepony nic wspólnego z anginą sercową niemające.

Drobiazgowo zebrane mamy tu wszystkie *Carminativa.*

Skład chemiczny gazu przy aerofagji odpowiada powietrzu atmosferycznemu, zaś w przypadkach bębnicy z fermentacją znajdujemy jeszcze liczne inne składniki: kwasy lotne tłuszczowe, ślady siarkowodoru i t. d. zależnie od przyjętych pokarmów; przykry odór odróżnia fermentacyjne gazy od odbijań w aerofagji. Leczenie obejmuje oprócz przepisów dietetycznych szereg antyseptyków i alkaljów: naftol beta, dermatol, *magnes. peroxydat.,* fluorek amonu [4]), węgiel, przepłókiwania żołądka antyseptykami.

W rozdziale IX mamy rzecz o wymiotach i lekach wymiotnych. Na wstępie: rzecz o mechanizmie, o ośrodku nerwowym.

Szczególnie chwalą autorzy cytrynian sodu [5]), walidol, mentol i dawno znaną *potio Riveri* [6]).

Rozdział X. mówi o bólach w schorzeniach żołądka. Po uwagach o względnym braku wrażliwości trzewi brzusznych w stanach prawidłowych, przechodzi do różnych typów bólów żołądkowych. Obszernie omówiona terapja tych stanów. O pasach Head'a wspominają autorzy mimochodem.

Rozdział XI. obejmuje szkic budowy bł. śluzowej żołądka (z rysunkami drobnowidowemi Hayem'a, zmian chorobowych śluzówki), uwagi o *gastritis (parenchymatosa, mixta, interstitialis);* dalej terapję o bizmucie, talku-lojku (krzemian magnezji) stosowaniu glinu, wody wapiennej, żelatynie, boranie i cytrynianie sodu [7]).

XII. rozdział zawiera rzecz o leczeniu wrzodu żołądka. Po wstępnych uwagach bardzo pobieżnych o powstawaniu i rozwoju wrzodu przechodzą autorzy do leczenia, mówiąc o lewatywach odżywczych, mowa o żywieniu sondą przez dwunastnicę (Einhorn), przyczem posiłek nie styka się z wrzodem. Zetknięcie się żołądka chorego z sondą zdaniem autorów taksamo grozi następstwami jak zetknięcie się posiłku z wrzodem. W leczeniu krwotoków wspominają o podskórnem stosowaniu surowicy żelatynowej [8]) Carnot'a i żelatyny *per os* (5%) albo w połączeniu z $CaCl_2$, adrenaliną lub bizmutem. Podawanie półtorachlorku żelaza (4:1000) przez sondę w ilości 100 cm³ uważają za niewłaściwe, a raczej *per os* łyżeczkami.

Oprócz adrenaliny wspominają również i surowicę, hemostyl. O zabiegach chirurgicznych (wyjąwszy przetaczanie krwi) wyrażają się niekorzystnie jako leczeniu „stojącem niżej od leczenia wewnętrznego".

Do nadzwyczajnych zdarzeń należy szczęśliwe wykrycie broczącej tętniczki lub tętniaczka Rasmussena.

Przedstawiwszy leczenie Leuhartza, dalej stosowanie alkaljów i atropiny, wspominają autorzy o sposobie podawania cukru: 10 kostek (w wodzie) w ciągu 24 godzin (= 500 kalorjom) jako sprzyjającego zabliźnieniu.

---

[1]) Pigułki Meglina: *Hyoscyam. Valerian. Zinc. oxyd.* aa 0.05.

[2]) Przed kilku miesiącami ogłosił Loeper własne korzystne wyniki leczenia wrzodu żołądka zastrzykami podskórnemi pepsyny *(La Presse Médic.).* (Sprawozd.).

[3]) Nowsze doświadczenia stwierdziły jednak ponad wszelką wątpliwość korzystny wpływ naświetlań stosowanych nawet na okolice oddalone od żołądka np. na uda. Zmniejszenie kwasoty było wybitne. (Sprawozd.).

[4]) Fluorek amonu 1:300 wody po łyżce stołowej lub w pigułkach po 0.05—0.10, również *Natr. subsulfur.* 5:200 po łyżce stołowej.

[5]) W dawkach 1—10 g *pro die.*

[6]) W postaci jednak odmiennej Nr. I. *Bic. Natri 2, Syr.* 15, *Aqu. 50.,* Nr. II. *Acidi citrici 2, Syr. citri* 15, *Aqu.* 50. Po łyżce stołowej. Z Nr. I podać natychmiast łyżkę stoł. Nr. II.

[7]) *Natrii citrici, Natrii borici aa* 10, *aqu.* 200; po 1—3 łyżek stołowych poza posiłkiem lub podczas posiłku.

[8]) 2% surowica żelatynowa 2—3 r. dz. po 20—40 cm³. Mógłbym się zgodzić jedynie i wyłącznie z stosowaniem żelatyny najściślej wyjałowionej (w ampułkach). O zastrzykach dożylnych $CaCl_2$ autor nie wspomina, chociaż $CaCl_2$ bardzo często oddaje wprost usługi znakomite. (Sprawozd.).

Metodą Sippy'ego nie zachwycają się. Nieszkodliwą a korzystną jest metoda Mathiel'go: litr płynu zawierającego 1/4 l mleka, 3/4 l wody z dodatkiem 5 g cytrynianu sodu (wstrzymującego krzepnięcie mleka); drugiego dnia podaje się to samo, lecz trzeciego dnia 1/3 mleka 2/3 wody cytrynianowej — później stopniowo większe ilości mleka czystego, zawsze z 5 g cytrynianu sodu na litr. Pobieżnie załatwia się autor z wakcynoterapją, zastrzykami propidonu, z proteinoterapją[9]). Zachwala zastrzyki podskórne pepsyny jako leku koloidowego pochodzenia żołądkowego, swoiście mającego działać jako „antygen komórkowy".

Przeciw bólom pochodzącym z zajęcia nerwów (krosty) zaleca się oprócz diatermji zastrzyki podskórne *„mesothorium"* w ilości maksymum 1 mg. Uwagi o zabiegach chirurgicznych na żołądku uzupełniają ten rozdział.

Rozdział XIII. poświęcony jest leczeniu raka żołądka i obejmuje: raki ujść i raki ścian; uwagi o raku jako schorzeniu miejscowem i schorzeniu ogólnem i cherę rakową. Autorzy zwracają szczególniejszą uwagę na doniosłość zakażenia bakteryjnego i toksycznego drążącego w głąb owrzodziałych powierzchni. Skuteczniejszy od HCl z pepsyną jest wyciąg soku z *Carica papaia* w dawkach 0.1—0.2 g, jako lek zwalczający stan zakaźny i wessanie środków rozkładu. Cherę rakową (wychudzenie) należy zwalczać dożylnemi zastrzykami po 0,10 trypsyny lub pankreatyny[10]) lub zastrzykami podskórnemi cholesteryny[11]). Nawiasowo wspominają autorzy stosowanie wątroby. Krótko załatwione jest leczenie radem i promieniami rentgenowskiemi, diatermją (czasem szkodliwie działającemi)[12]).

XIV rozdział poświęcony: zastoinie żołądkowej *(stasis gastrica)*, zaległościom. *Leiasthenia* czyli wrodzona małokurczliwość mięśni gładkich również bywa schorzeniem żołądka i jelit. Omówiwszy krótko powstawanie, skład drobnowidowy i t. d. zaległości, omawiają autorzy przepłókiwania żołądka, leki przeciwskurczowe, *tonica*, leczenie opadnięcia żołądka, dietę suchą — zastanawiając się również nad działaniem wyłącznie fizykalnem przyjętych pokarmów w środowisku żołądkowem, zwłaszcza wskutek ich pęcznienia lub też rozpuszczania się.

Słusznie autorzy podkreślają, że leczenie zastoin żołądkowych nie powinno ograniczyć się tylko do schorzałego żołądka, lecz musi uwzględnić zaburzenia wątrobowe, nerwowe i t. d.

XV rozdział zatytułowany: Leczenie dyspepsyj jelitowych. Przedstawiwszy w krótkości trawienie jelitowe, zaczyny, sprawę absorbcji, dalej czynniki pobudzające wydzielanie, zespoły kliniczne i cechy chemiczne zaburzeń kiszkowych podkreślają autorzy, że podział: *dyspepsia intestinalis gastrica (gastrogenes) biliaris, pancreatica*, wreszcie pochodząca z zaburzeń wskutek niedostatecznego działania erepsyny (nieprzetwarzającej peptony w kwasy aminowe) nie da się utrzymać, gdyż najczęściej istnieją kombinacje. Podawszy ogólne trafne przepisy higieniczne, bardzo szczegółowy opis pokarmów i napojów zakazanych w poszczególnych postaciach schorzeń kiszkowych przechodzą autorzy do leków aptecznych. W dyspepsjach jelitowych pochodzenia żołądkowego zalecają stosownie do przypadku jużto zasady jużto HCl z pepsyną, w przypadkach niedomogi kiszkowej obok alkaljów pankreatynę czasem z maltozą[13]).

Żółciopędne leki zalecają w kombinacjach[14]), zachwalając również liście Boldo (w naparze 5 na 1000) po jednej filiżance albo jako nastój (1:5) w kroplach lub *Extr. Boldo* po 0.1—0.50 w pigułce albo *„boldine"* miligram przed posiłkami 2—3 razy na dobę. Dobrze działa nieraz surowa wątroba (0.5—5 g *pr. die)* lub macerowana 150 g).

Rozdział XVI traktuje o biegunkach. Omówiwszy obszernie etjologję, zwracają autorzy uwagę na biegunki gruźliczych przyrody niegruźliczej. Podawszy szczegółowe zestawienie leków i przepisów wspominają o *Hordenin'ie*, wyciągu jęczmienia kiełkującego (5‰) w postaci kapsułek po 0.25 (1—2 g *pro die* lub w zastrzykach podskórnych po 1 cm³ 3 r. dz.). Z przetworów makowcowych wzmianka o *Elixir. paregoricum*[15]). W dodatku uwagi o zdrojowiskach francuskich.

W rozdziale XVII mamy przedstawioną rzecz o zaparciu i o lekach czyszczących. Wspomniawszy o pierścieniach wzmacniających mięśniówkę jelita grubego (pierścień Cannona-Bochura, pierścień Payer'a i pierścień Moutiera) omawiają chorobowe zmiany w ułożeniu jelita grubego jako przyczyny zastoin kałowych, zagięcia jelita cienkiego *(coudure précécale*[16]). Rzecz o masażu kończy ten rozdział.

XVIII rozdział zawiera treściwe zestawienie leczenia *colitis mucomebranacea*. Aby zmodyfikować wydzielinę śluzową, zaleca się cytrynian sodu 10% po łyżce stoł. 3—4 r. dziennie, na pół godziny przed posiłkiem, lub też: *Natrii citrici, Natrii borici puri* āā 10,0 na 200 g wody, z tego 2—3 łyżek stołowych w ciągu dnia. Obok tego często podawać należy wyciągi trzustki 0.20 i śluzówki jelitowej oraz sproszkowanej żółci wołowej (āā 0.10) na jedną pigułkę glutenowaną; po posiłku dwie pigułki. Często podają też *Extr. Belladonnae* 0,01 z *pulv. ipecac.* 0.02 na 1 pig. Nr. X 4 r. dziennie. Głównem zadaniem jest leczenie przeciwskurczowe; dobre skutki w gwałtownych i bolesnych czasem przełomach miewa po bendźwinianie sodowym (XX kropel w kapsułkach).

W przypadkach powikłanych czasami samoistnie zjawia się piasek jelitowy *(Lithiasis intestinalis)*. Przeciw piaskowi fosforanowo lub węglanowo-wapniowemu zaleca się stosowanie oliwy i kwaśny fosforan sodu 10 na 1 litr wody, z tego *pro die* 2 razy po lampce; zaś przeciw piaskowi szczawianów i fosforanów: cytrynian magnezjowy i siarczan magn., aa 5 g na 1 l wody; z tego 1—2 lampek dziennie. W obu tych rozdziałach (XVII i XVIII) mamy bardzo liczne szczegółowe przepisy uwzględniające wszelkie możliwe kombinacje leków.

Rozdział XIX poświęcony jest zakażeniu jelitowemu. Na wstępie mamy doskonały przegląd bakterjologji jelit, (ilościowo i jakościowo), obrona jelita, chemizm, „flora czerwona" i „flora niebieska", działanie glikolityczne pierwszej kwaśnej, zaś proteolityczne drugiej alkalicznej, następnie mowa o antyseptyce nieswoistej i swoistej lekami: przejście między nieswoistemi czyli pośredniemi a swoistemi i bezpośredniemi stanowi kwas mlekowy — zwłaszcza w biegunkach dziecięcych, zaś u dorosłych w biegunkach czerwonki i w niektórych gruźliczych. Dawka od 1—20 g. Autorzy zwracają uwagę na wartość kolargolu[17]). Zestawienia dokładne przepisów uzupełniają ten rozdział. Osobny ustęp poświęca przemywaniom jelit, sprawie mleka i produktów mlecznych, wakcynoterapji i bakterjofagom d'Herell'a, wreszcie na zakończenie podaje uwagi o zespole *„entero-renal"* (Heintz-Boyer) zwłaszcza u kobiet.

XX rozdział poświęcono leczeniu czerwonki (dyzenterji).

Po uwagach o przyrodzie pasorzytniczej i o swoistych zmianach w jelicie grubem, postaciach pełzakowych, prątkowych, rzadkich postaciach pierwotniakowych i krętkowych przechodzą autorzy do leczenia dyzenterji pełzakowej. Dane historyczne, wytwarzanie w handlu jedynego swoistego leku t. j. wymiotnicy, *(ipecacuanha)* czyta się z wielkiem zajęciem. Podane są przepisy brazylijskich lekarzy, kolonjalnych, francuskich, pigułki Segouda (również z kolonji): *Pulv. Ipec.* 0.05, *Calomel.* 0.02. *Extr. thebaic.* 0.02 4—6 *pro die*. W postaci płynu zaleca Ravaut: *Carbo med. Bismuthi subnitr., Syr. sps. Glycer.* aa. 100 g. *Pulv. ipecac.* 4, 3—10 łyżeczek kawowych na dobę — w przypadkach przewlekłych. W lewatywach rzadko stosowanych *infus. ipecac.* 4:250 z dodatkiem makowca. Polecaną emetynę podskórnie uważa autor za świetny lek. Niektórzy lekarze kolonjalni kombinują arseniany z emetyną. Ambiaza wątrobna ma te same wskazania. Obszernie również omawia autor czerwonkę bakteryjną (Shiga, Flexnera, Kruse). Seroterapję uważa za skuteczną. Leczenie szczepionkami niewątpliwie również wartościowe ma przedewszystkiem znaczenie zapobiegawcze. Inne „dyzenterje" pasorzytnicze *(Trichomonas, Lambia*, i t. d.) są krótko wspomniane, również następowe *„Coccigiae"* leczono w zdrojowiskach.

Rozdział XXI poświęcony jest czerwiom jelitowym. Po wyczerpującym obrazie kliniki czerwiów jelitowych, drogach zakażenia u ludzi, środkach zapobiegawczych i rozpoznawaniu jajeczek w stolcach przedstawiają autorzy leczenie przeciwczerwiowe — przyczem podane są i leki u nas rzadziej stosowane. Uwagi tok-

---

[9]) Osobiście stosowałem na oddziale moim na szeregu chorych zastrzyki nowoproteiny — zaleconej przez klinikę Bohra przed paru laty. Szkody nie było. Wyniki były nieraz dobre. (Sprawozd.).

[10]) Bliższych szczegółów nie podaje autor.

[11]) W jednej ampułce: cholesteryny 0.05, kamfory 0,20, oliwy 1 cm³.

[12]) Jednemu z moich chorych przynosiło ulgę znaczną naświetlanie niebieskiem światłem (Vita-Lux) (Sprawozd.).

[13]) *Pancreatini*, maltazy, *Calcii carb.* āā 0,25 po jednym proszku w godz. po posiłku; albo skuteczniej: *Pancreatini* 20.0, *Aqu. Menth.* 100, *Alkoholi* (60%) 200, *Syr. aur. cort. (d'oranges amères)* 400, *Aqua q. s. ad* 1 litra. Na godz. przed posiłkiem (jeżeli chodzi o działanie wydzielniczo-pobudzające), zaś w godzinę po posiłku, jeżeli chcemy uzupełnić brakującą wydzielinę trzustkową — zdaje się, bo wyraźnie o tem nie mówią, — po łyżce stołowej.

Albo *Pancreatini, Extr. mucos. intestini* āā 0.20 *f. pil. una obducti gluteno aut keratina.*

[14]) *Aloe* 0,02, *Podophyllini, Evonymi* āā *0.01. Saponis medic. q. ut f. pilula una.*

[15]) *Extr. opii* 3 g, *Acidi benzoici* 3 g, *Camphorae* 2 g, *Ol. Anisi* 3 g, *Alcoholi* (60%) 650 g. Z tego 10 g zawiera 0.05 *Extr. Opii.*

[16]) A. obszerną pracę Orłowskiego.

[17]) *Colargoli* 1 g, *Glycerin* 2 g, *Aq.* 100 3 r. dz. po łyżce kawowej.

sykologiczne, zmiany we krwi i następowe w jelitach uzupełniają całość.

Leczenie schorzeń nerwowych jelit *(Enteronevrites)* jest treścią rozdziału XXII. Autor rozróżnia odczyny nerwowe — bez anatomicznych zmian, zaburzenia czynnościowe, od schorzeń z zmianami istotnemi, zapalnemi *(neuritis)*. Proces celalgji *(Coelalgie)* sadowi się w zwoju słonecznym. Tam jest źródło bólów występujących nagle z biegunką, nieraz śluzowym sokiem lub zaparciem, kurczem, bębnicą. Ból stały lub przelotny przybiera czasem cechy prawdziwych przełomów *(crise)* łudząco przypominających ból wrzodowy lub nowotworowy; żołądek, jelita są bez zmian. Osobny dział stanowią neurytydy pochodzenia jelitowego z udziałem krwi. Istotna *entero-* czy *coloneuritis* jest zapaleniem nerwów ściennych powstałem z jelita chorego, zakażonego układu nerwowego trzewi brzusznych. Przełomy miewają typ otrzewnowy albo przypominający cholerę albo typ bębnicowy; w tych postaciach objawia się schorzenie *neuritis intestinalis*. Jako leki stosuje się: *Belladonna*, makowiec lub morfina, a dla postaci bębnicowej salicylan ezeryny 10 kropel 3 r. dziennie rozczynu (1 mg na 50 kropel).

Wspomniawszy o *enteritis mucomembranacea* jako jednej z postaci *enteroneuritis*, w której zalecają oliwę parafinową, po każdym posiłku łyż. kawową z dodatkiem 3—4 kropel *Trae. Belladonnae)*, przechodzą autorzy do szczegółów anatomicznych i klinicznych punktów bolesnych, ważnych w diagnostyce różniczkowej, do zmian anatomo-patologicznych nerwów *(ganglioneuritis degenerativa, neuromata)*, wkońcu podkreślają trudności lecznicze. Oprócz leczenia zapobiegawczego zalecają belladonę „podziwienia godny lek" czasem w połączeniu z parafiną, cytrynian sodu, atropinę, ezerynę, i genezerynę, czasem *mesothorinę* podskórnie 1 mg lub radjoterapję. Wkońcu podając szkic balneoterapji w enteroneurytach zdrojowisk francuskich [18]) uzupełnia ten rozdział.

XXIII rozdział omawia leczenie „anafilaksji trawienia" *(anaphylaxie digestive)*. Przez anafilaksję trawienia rozumieć należy zespół objawów chorobliwych wybiórczych po wessaniu pożywienia świeżego niezmienionego, w przeciwstawieniu do zatruć ptomainami, potrawami zepsutemi, istotnemi intoksykacjami. W sprawach anafilaksji odgrywa główną rolę wybiórcza wrażliwość śluzówki wobec pewnych pokarmów. Opisawszy postacie ciężkie, postacie przypadkowe, postać przewlekłą, objawy koloidoklazji Widala, objaw A r t h u s a, podają autorzy dietę zapobiegawczą i terapję.

W pewnych warunkach uważać można cukier jako „rzeczywisty lek" w tych przypadkach. Oprócz atropiny wspomina o talku [19]), o leczeniu zapobiegawczem peptonami w dawkach cząsteczkowych przed posiłkami, peptonu (0.40) w połączeniu z pepsyną (0.10) godzinę przed objadem, o węglu i t. d.

W całości jednak wyznać trzeba, że poprzedzający rozdział i niniejszy grzeszy w wielu miejscach niedość ścisłem ujęciem przedmiotu.

Ostatni rozdział XXIV obejmuje leczenie przez odbytnicę. Po uwagach o wydalaniu, wessaniu i wydzielaniu odbytnicy przedstawiono lewatywy, czopki i „jajeczka" *(ovules)* u nas rzadziej stosowane [20]). Schorzenia odbytnicy i terapja, lewatywy odżywcze szczegółowo opisane. Bardzo zaleca skład: *vitelli ovi 1*, peptonu 5 g, cukru 10 g na 300 wody z dodatkiem XII kropel makowca.

Na zakończenie: rozdział XXV: przedstawia szczegółowe leczenie w zdrojowiskach, ich podział i działanie. „Pomiędzy wszystkiemi krajami świata zajmuje Francja co do zdrojowisk miejsce przodujące" powiada autor. Przyznać trzeba, że ten rozdział świetnie został obrobiony — dla zdrojowisk francuskich. O innych niema mowy.

W całości książka L o e p e r a z współpracą L e m a i r e'a jest bez wątpienia terapeutyczną skarbnicą w zakresie schorzeń przewodu pokarmowego. Liczne szczegóły historyczne, ilustracje, bardzo liczne kombinacje przepisów leczniczych stanowią walory nieprzeciętne i stawiają autorów jako wzór znakomitych terapeutów. *Pisek* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O psychosomatycznej współzależności przy schorzeniach narządów wewnętrznych. M. ASTWACATUROW. Klinicz. Med. T. XII. Nr. 9. 1934.

Wpływ psychiki na funkcje poszczególnych narządów i odwrotnie — zależność stanu psychicznego od stanu pewnych narządów jest zjawiskiem już dawno zaobserwowanem przez niepowołanych. Istnieją pewne stany psychiczne charakterystyczne dla zaburzeń czynności pewnych narządów. I tak, dla porażenia serca charakterystycznem jest uczucie strachu, dla schorzeń wątroby — drażliwość i skłonność do afektu gniewu, dla schorzeń żołądka — apatja i stan przygnębienia, dla zatrzymania zawartości narządów jamistych (objawy retencji), uczucie trwożnego niepokoju. Substratem anatomicznym wszystkich tych przejawów trzewno-psychicznych jest układ nerwowy wegetatywny, przyczem bodźce powstałe wskutek podrażnienia narządów trzewnych biegną do wzgórka wzrokowego, który jest centralnym „przełącznikiem" w zespole somato-psychicznym. Dane kliniczne przemawiają przeciwko dotychczasowej tendencji ścisłego odgraniczania pomiędzy schorzeniami psychogenicznemi i schorzeniami somatycznemi narządów wewnętrznych, podobne zapatrywanie jest błędne ze stanowiska biologicznego.

Istnieje zapatrywanie, że zmienność objawów chorobowych pod wpływem czynników psychicznych jest dowodem, że dane schorzenie niema podłoża organicznego. Pogląd ten jest zdaniem a. błędny. Dodatni wynik psychoterapji również ma być dowodem, że dane schorzenie jest pochodzenia psychogenicznego; odwrotnie, ujemny wynik psychoterapji świadczyć ma o istnieniu schorzenia organicznego. Nie należy jednak zapominać o tem, że nie wszystkie zaburzenia pochodzenia psychogenicznego są podatne na psychoterapję, ale z drugiej strony psychoterapja może wywierać wpływ dodatni tam, gdzie istnieje schorzenie organiczne.

Pomiędzy stanem narządów trzewiowych i stanem psychicznym istnieje „psychosomatyczna korelacja" i dlatego psychiczne zadziałanie na chorego jest podstawą wszelkiej terapji. Istnieje kategorja „chorych", u których choroba polega wyłącznie na „stwierdzeniu dwóch plusów we krwi", „zawoalowaniu szczytów płucnych", „podwyższonem ciśnieniu krwi", „obniżeniu kwasoty żołądka" i t. p. Ta hiperdiagnostyka, której kultywowanie zaczyna przybierać zatrważające rozmiary, może wyprowadzić z równowagi nawet zupełnie zdrowego człowieka. Tem większem niebezpieczeństwem jest dla człowieka chorego. Cała uwaga i zainteresowanie chorego skupione są na funkcji danego narządu, wywołując nastrój trwogi i mniemanie o ciężkości schorzenia; uczucie trwogi zostaje włączone do zespołu „psychosomatycznej korelacji" i jeszcze bardziej pogarsza funkcje chorego narządu, gdyż „każdy chory cierpi na swoją chorobę *plus* strach". Trousseau sformułował zadanie lecznictwa następującemi słowami: „czasami wyleczyć, często przynosić ulgę i zawsze pocieszyć". Tendencja do alternatywy — schorzenie organiczne albo psychiczne — została obecnie mocno zachwiana dzięki danym neuropatologji, która ustaliła istnienie ośrodka będącego łącznikiem pomiędzy funkcjami psychicznemi i somatycznemi. Tym ośrodkiem są zwoje międzymóżdża, wzgórek wzrokowy i ciałko prążkowane ściśle związane z układem wegetatywnym. *M. Segal* (Lwów).

O regulującem działaniu hormonu przedniego płatu przysadki na tłuszcz i aceton we krwi. O. STEPPUN i A. TRUFANOWA. Klinicz. Med. T. XII. Nr. 9. 1934.

Badania doświadczalne na zwierzętach potwierdziły wyniki badaczy Anselmino, Hoffmanna i Magistris, że wstrzyknięcie hormonu przedniego płatu przysadki powoduje u zwierząt wzrost ciał acetonowych, który może służyć jako test działania hormonu. U psów uzyskano te wyniki po raz pierwszy. Po wprowadzeniu hormonu przedniego płatu przysadki stwierdza się zawsze zwiększenie tłuszczu we krwi. Doświadczenia dokonane na 3 grupach zwierząt: królikach, szczurach i psach dały wyniki zupełnie zgodne, a mianowicie, że maksymum wzrostu ciał acetonowych we krwi poprzedza maksymum podniesienia tłuszczu we krwi.

Hormon tylnego płatu przysadki nie wykazywał wpływu na poziom ciał acetonowych we krwi. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie mechanizmu miejscowej reakcji naczynioruchowej. A. KRISZTAŁ. Wracz. Dieło. Nr. 9. 1934.

Badania C l a u d e B e r n a r d'a, który pierwszy stwierdził unerwienie naczyń i antagonizm pomiędzy nerwami zwężającemi i rozszerzającemi naczynia, zostały obecnie zachwiane przez innych autorów, którzy twierdzą, że mechanizm reakcji naczynioruchowej nie zależy od wpływów nerwowych lecz humoralnych, działających na ścianę naczynia.

U 200 osobników badano dermografizm, poczem wstrzykiwano doskórnie surowicę uzyskaną od innych osobników. Jedna porcja surowicy była zwykła, drugą pobierano po uprzedniem drażnieniu mechanicznem skóry w ciągu 10 minut. Badanie wykazało, że surowica uzyskana po uprzedniem drażnieniu mechanicznem skóry

[18]) z niefrancuskich wspomina K i s s i n g e n.

[19]) *Talci, Kaolini* aa 40 g. D. S.: na czczo. o 5 tej wieczorem z wodą po łyżeczce kaw. lub z dodatkiem *bismuth. carbonic.*

[20]) żelatyny 1.50, wody 5 g, gliceryny 10 g.

działa silniej, gdyż bąble powstałe po wstrzyknięciu tej surowicy są większe.

Mechaniczne drażnienie skóry wywołuje prawdopodobnie wytworzenie czynnej substancji, która dostaje się do krwiobiegu i podobnie jak histamina drażni naczynia włosowate i tętniczki wywołuje obrzęk i odruchowe zaczerwienienie.

M. Segal (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Rokowanie w położnictwie w przypadkach dużych włókniaków macicy. R. MAHON. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Na podstawie obserwacji przypadków (42 na 12000 porodów) autor dochodzi do wniosku, że duże włókniaki macicy nie wpływają ujemnie ani na matkę ani dziecko. Postępowanie podczas porodu powinno być wyczekujące, jednak z możliwością radykalnej interwencji w razie wystąpienia groźniejszych powikłań. W każdym razie powikłania te nie są zależne od wielkości włókniaka, gdyż współmierność pomiędzy nimi nie istnieje. Ponieważ zmiany wsteczne w włókniakach ustępują bardzo szybko w połogu pod wpływem spokoju i lodu, dlatego nie wymagają one zabiegu chirurgicznego. O ile wystąpiły objawy septyczne, konieczną jest natychmiastowa operacja. Również włókniak przodujący nie wymaga zabiegu operacyjnego przed końcem ciąży. Gdy powstanie potrzeba operacji, jedynym zabiegiem jest cięcie cesarskie z następowem wyłuszczeniem włókniaków, a raczej, co się częściej zdarza, z następowem wycięciem macicy. Zabieg ten należy wykonać również, o ile w połogu występują objawy zakażenia dużego włókniaka macicy.

H. Newlińska (Lwów).

Podwójna macica. Wydalenie błony doczesnej. Ciąża w lewej macicy rozpoznana jako ciąża pozamaciczna. LUTHEREAU et PETIT. Soc. Fr. de Gyn. Z. 6. 1934.

W przypadku tym popełniono 2 błędy. Pierwszy błąd rozpoznawczy, gdyż spowodu opóźnionej miesiączki, obecności guza obok macicy i odejścia doczesnej stwierdzono ciążę pozamaciczną. Drugi błąd polegał na tem, że u osoby tej wykonano laparotomję, podczas której macicę ciężarną wzięto mylnie za torbiel międzyblaszkową i dopiero po podwiązaniu naczyń i wyłonieniu guza przekonano się, że „torbiel" ta ma malutką szyjkę maciczną. Wobec tego macicę ciężarną lewą usunięto w całości. Późniejsze badanie pochwy wykazało również podwójną pochwę.

H. Newlińska (Lwów).

Moczowody w schorzeniach narządów rodnych kobiety. H. BLANC. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Badania eksperymentalne i radjoskopowe wykazały, że czynności motoryczne i troficzne moczowodów są zależne od układu sympatycznego, i że zmiany anatomiczne lub czynnościowe w tym układzie mogą spowodować zaburzenia nietylko w czynnościach lecz i w budowie samego moczowodu. Ruchy perystaltyczne moczowodu odbywają się za pośrednictwem drobniutkich nerwów, rozgałęzionych w ścianie jego. Wrażliwość moczowodu jest tak wielka, że skaleczenie jego ściany może już wywołać zaburzenie w jego kurczeniu się z następową rozstrzenią i zakażeniem. W schorzeniach kobiecych autor rozróżnia 3 rodzaje zmian, które mogą mieć wpływ na czynność moczowodów: 1) ucisk przez duże guzy, co zdarza się przeważnie przy dużych uwięzniętych guzach, 2) działanie toksyczne z sąsiedztwa, które może spowodować porażenie ściany moczowodu i ostrą jego rozstrzeń — zdarza się przy ropieniach w miednicy małej, a w szczególności przy ropniach więzadła szerokiego, 3) ucisk na moczowody przez nacieki nowotworowe w przymaciczach. Prócz tego mogą się zdarzyć sprawy wtórne przy zapaleniach przydatków oraz rozszerzenia moczowodów wrodzone.

H. Newlińska (Lwów).

Objawy ostrego tyłozgięcia macicy. J. ROCHE et J. MANGË. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Zdarzyć się ono może 1) podczas nagłego urazu (np. upadek), gdy macica nagle opadnie ku tyłowi lub 2) podczas ciąży, gdy tyłozgięta macica ciężarna uwięznie w miednicy małej. Występują wtedy 3 zasadnicze objawy: ból, — jakby ucisk obcego ciała na odbytnicę, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i obstrukcja. Badanie zewnętrzne wypada ujemnie. Wewnętrznie stwierdza się trzon macicy powiększony, bardzo bolesny tak, że o odprowadzeniu macicy nie może być mowy. Jedynem postępowaniem w tych przypadkach jest spokój, lekkie przestrzykiwania pochwy. Stan taki trwa około 5—6 dni, poczem ostre objawy ustępują.

H. Newlińska (Lwów).

Późne wystąpienie martwicy pęcherza po stosowaniu radu w przypadkach raka szyjki macicy. L. DAX. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Autor opisuje przypadek, w którym w 8 mies. po stosowaniu radu wystąpiły krwawienia z pęcherza. Badanie cystoskopowe wykazało zmiany w pęcherzu podobne do zmian rakowych. Wobec tego przerwano leczenie energją promieniotwórczą i podano środki moczopędne. Powtórne badanie w 6 mies. potem nie wykazało żadnych zmian w pęcherzu, co skłoniło autora do uważania powyższych zmian za reakcję śluzówki na działanie radu.

H. Newlińska (Lwów).

Krwotoki maciczne w okresie przekwitania. JEANNENEY. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Krwotoki w tym okresie mogą być 1) pochodzenia macicznego (rak, włókniak, polip i t. p.), 2) pochodzenia jajnikowego *(deg. sclero-cyst. ov.)* lub trąbkowego (sprawy zapalne), oraz 3) spowodu ogólnych zmian w organizmie np. nadciśnienie tętnicze. Prócz tych zmian zdarzają się również krwotoki, dla których nie mamy wytłumaczenia podczas zwykłego badania. Źródło ich leży w samej śluzówce macicy, w której występują zmiany w postaci przerostu, wybujałości polipowatych lub hiperplazji gruczołów. U osób pełnokrwistych z nadciśnieniem tętniczem — zastosujemy leczenie dietetyczne i jod. U wagotoników — leczenie hormonalne (wyciąg ciałka żółtego i adrenalina). Wobec silnych krwotoków naświetlania Roentgenem. W przypadkach niejasnych lepiej jest wykonać zabieg chirurgiczny lub leczenie radem.

H. Newlińska (Lwów).

Ropowicze zapalenie żołądka jako powikłanie ostrego gośćca stawowego. F. SLANINA. Čas. Lék. Česk. Z. 8. 1934.

Autor opisuje przypadek 44-letniego mężczyzny, u którego w przebiegu ostrego gośćca stawowego wśród burzliwych objawów klinicznych wystąpiło ropowicze zapalenie żołądka *(gastritis phlegmonosa)*, przybierające później charakter podostry. Badanie histologiczne wykazało rozlane zapalenie ropne, głównie zajmujące podśluzówkę i przenikające przez warstwę mięśniową do błony surowiczej z ropiejącem podśluzowem zapaleniem naczyń chłonnych. Sprawa rozwinęła się drogą krwionośną.

Autor podkreśla wybór metody operacyjnej w zależności od anatomo-patologicznego obrazu i przebiegu choroby. W przypadkach ropowiczego zapalenia żołądka bez zapalenia otrzewnej i z klinicznym przebiegiem podostrym lub przewlekłym wskazana jest rozległa resekcja. Dzięki rozległej resekcji chory powrócił do zdrowia.

Ungar (Lwów).

Patogeneza ciąży pozamacicznej ze specjalnem uwzględnieniem wentrofiksacji macicy. L. SUSSI. Gazzeta Internaz. di Med. e. Chir. Nr. 21, 1934.

Wedle autora i wielu innych autorów, zwłaszcza rosyjskich (Parsanow, Siderew, Primakow, Stepanowa, Nicanow, Patschenko) — ciąża pozamaciczna po wojnie światowej jest o wiele częstszą, aniżeli przed wojną.

W Rosji Sowieckiej ma to pozostawać w związku z legalizacją przerwania ciąży, który to zabieg jest obecnie wykonywany wprost masowo i z większym procentem infekcji *Go.* Wogóle teorja zapalna miała i ma dotychczas najwięcej zwolenników; z drugiej strony istnieją zapatrywania, (S i e g e l) łączące w związek przyczynowy *graviditas extrauterina* z zabiegami, przeprowadzonemi na macicy, z których na plan pierwszy wysuwa się wentrofiksacja macicy.

Następnie omawia autor szczegółowo swój bogaty materjał. (48 przypadków *grav. extraut.* i 33 przyp. *ventrofix. uteri)* na podstawie którego, jakoteż i na podstawie statystyki międzynarodowej przychodzi do wniosku, że przyczynę ciąży pozamacicznej można było znaleźć w większości przypadków w stanach zapalnych, w ropieniach różnego rodzaju jak rzeżączka, gorączka połogowa, poronienie kryminalne, gruźlica; dalsze przyczyny to laminarja i pesarja wewnątrzmaciczne, injekcje jodyny i najróżnorodniejsze zabiegi, mające na celu przerwanie ciąży.

Nie ma natomiast zupełnie znaczenia według tego autora, wentrofiksacja macicy, jako czynnik patogenetyczny ciąży pozamacicznej.

Dr. J. Papierkowski (Lwów).

Próby leczniczego stosowania hormonu przedniego płatu przysadki (Glanduantin) przy raku macicy. Ludwik KRIESCH i Koloman NIETORISZ. Zbl. f. Gyn. Nr. 40. 1934.

W 50 przypadkach raka macicy nienadającego się do operacji stosowano wstrzykiwania domięśniowe 100 jedn. szcz. hormonu prz. pł. przysadki *(Glanduantin Richter)*. Obserwacja dwumiesięczna wykazała: wstrzymanie dotychczasowego znacznego

spadku wagi ciała, w niektórych przypadkach nawet przyrost wagi, natomiast u osobników kachektycznych nie udało się powstrzymać spadku wagi. 2. w obrazie krwi — zwiększenie ilości ciałek czerw. przeciętnie o 300.000, jednakże aa. uważają to za następstwo raczej lepszej opieki i leżenia. 3. nie występowały obfite krwawienia. 4. zwolnienie opadania ciałek czerwonych. (z 55 min. do 92).

Badania aa. są o tyle interesujące, że większość badaczy raka uważa hormon p. p. p. za ten właśnie czynnik, który wzmaga złośliwość i przyspiesza wzrost nowotworu. Zondek natomiast twierdzi, że zwiększona ilość hormonu p. p. p. w moczu chorych na raka jest objawem obrony organizmu. Wobec rozbieżnych zdań aa. postanowili zbadać wpływ hormonu p. p. p. na tkankę rakową, stosując metodę glikolityczną Warburga (rozszczepienie cukru w obecności O_2 i oznaczenie współczynnika oddechowego CO_2/O_2).

W żadnym przypadku nie stwierdzono wzrostu współczynnika oddechowego tkanki rakowej pod wpływem *Glanduantiny*, natomiast w większości przypadków stwierdzono raczej zmniejszenie, co wskazywałoby, że *Gl.* działa hamująco na glikolizę czyli zwalnia szybki wzrost nowotworu.

Aa. uważają za celowe podawanie hormonu p. p. p. w przypadkach raka macicy jako *roborans*, przyczem wyniki są tem lepsze, im wcześniej rozpoczęto stosowanie.

M. Segal (Lwów).

Hematoencefaliczna zapora przy sprawach zapalnych narządu rodnego kobiecego. G. HOFMAN. Ginek. i Akusz. Nr. 5. 1934.

Wymianę substancyj krążących we krwi i płynie mózgowordzeniowym reguluje zapora hematoencefaliczna (z. h. e.). Stwierdzono, że szereg substancyj krążących we krwi prawidłowej i patologicznej nie przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego (fermenty i przeciwciała), lub znajduje się w płynie m.-rdz. w innej koncentracji aniżeli we krwi, (cukier, potas, wapń i t. p.). Z. h. e. posiada własności wybiórcze, przepuszczając ze krwi pewne substancje do płynu m. rdz. a zatrzymując inne, przyczem własność ta może ulec znacznym wahaniom, zależnie od warunków fizjologicznych i patologicznych. Natomiast substancje wprowadzone do płynu mózgowo-rdzeniowego bardzo szybko, po 1—2 min., przechodzą do krwi i moczu. Jednostkami morfologicznemi biorącemi udział w tworzeniu z. h. e. są prawdopodobnie: *plexus chorioideus*, śródbłonek naczyń opon mózgowych, ependyma komór mózgowych. A. wykonywał nakłucia lędźwiowe i badał zachowanie się z. h. e. w schorzeniach ginekologicznych a mianowicie przy sprawach zapalnych ostrych, podostrych i przewlekłych. Zaburzenia przepuszczalności z. h. e. badano metodą chemiczną, określając przepuszczalność dla pewnych substancyj prawidłowo krążących we krwi i płynie mózgowordzeniowym i zmianę, jaka zaszła pod wpływem choroby.

Stwierdzono, że u chorych z ostremi sprawami zapalnemi współczynnik przepuszczalności dla potasu wzrasta do 0.85, po ustąpieniu okresu ostrego obniża się do 0,39. Współczynnik przepuszczalności dla wapnia obniża się w 60% w miarę poprawy stanu klinicznego. Zwiększeniu ilości potasu we krwi i płynie m.-rdz. niezawsze towarzyszy zmniejszenie wapnia czyli niezawsze stwierdza się antagonizm pomiędzy K i Ca.

Zmniejszenie lub zwiększenie wskaźnika cukru stoi w związku z klinicznym przebiegiem choroby. Poprawie klinicznej (spadek ciepłoty, ustąpienie bólów) i zmianom anatomicznym narządu rodnego towarzyszy wzrost współczynnika przepuszczalności cukru. Przyspieszonemu opadaniu ciałek czerwonych towarzyszy niski współczynnik przepuszczalności cukru. Współczynnik przepuszczalności fosforu wykazuje tendencję do powiększenia się w miarę poprawy klinicznej. W ostrym okresie choroby narasta azot resztujący w płynie m.-rdz. W płynie m.-rdz. ani razu nie stwierdzono cholesteryny.

M. Segal (Lwów).

Pęknięcia macicy. A. BOGDANOWA. Rev. Fr. de Gyn. Z. 10. 1934.

Autorka omawia pęknięcia macicy, ich przyczyny, objawy i leczenia. Zwraca uwagę, że rozpoznanie może być czasem trudne spowodu tego, iż zdarzają się przypadki, w których brak wszystkich typowych objawów pęknięcia macicy. Najważniejszą rzeczą jest profilaktyka. W tym celu należy poddawać dokładnej obserwacji wszystkie przypadki położeń poprzecznych od chwili odejścia wód płodowych, w przypadkach miednic nieprawidłowych ograniczyć okres wyczekiwania, o ile osoba ta przeszła już raz pęknięcie macicy — należy ją rozwiązać przed wystąpieniem bólów porodowych. *H. Newlińska* (Lwów).

Z posiedzenia Tow. Ginekologicznego w Berlinie. WAGNER. (Charité) demonstrował kobietę 20-letnią z *niezwykle ciężkiemi uszkodzeniami po porodzie kleszczowym.* W czasie ciąży cuchnące odchody; ciąża przenoszona; w 5 dniu trwania porodu ukończono go zapomocą kleszczy z następową kleidotomją. Po porodzie — przeprowadzonym zresztą przez bardzo doświadczonego położnika, jak zaznaczył referent, stwierdzono tylko pęknięcie krocza. W połogu wystąpiły ciężkie zmiany nekrotyczne; stwierdzono brak warg małych, brak miedzykrocza, pochwy i części pochwowej; z cewki moczowej pozostał tylko mały odcinek obwodowy — pozatem brak cewki; w miejscu, w którem była pochwa, duży otwór dochodzący do bocznych ścian miednicy i prowadzący do pęcherza moczowego; brak *trigonum*. Przednia ściana kiszki stolcowej naciekła, zawiera otwór przepuszczający palec, zwieracz pęknięty. W ciągu kilku tygodni olbrzymia ta rana nieco się zabliźniła. Pacjentka ma być operowana.

M. Segal (Lwów).

Skręt krwiaka trąbki. F. JAYLE et P. MILLET. Soc. Fr. de Gyn. Z. 8. 1934.

Autor opisuje przypadek, w którym nastąpił skręt trąbki wypełnionej płynem surowiczym, przemienionym pod wpływem wylewu krwawego w krwiak. Jajnik nie został wciągnięty w szypułę, tylko przemieszczony i wykazywał drobne torbiele o zabarwieniu krwawem. *H. Newlińska* (Lwów).

Morcellement i wyłuszczanie drogą laparotomji dużych włókniaków rozwijających się lub uwięźniętych w miednicy malej. KELLER. Rev. Fr. de Gyn. Z. 10. 1934.

W przypadkach, w których cała miednica mała jest wypełniona włókniakami, wycięcie macicy może nastręczyć duże trudności. Dlatego autor zaleca wyłuszczać uprzednio pojedyncze włókniaki, przez co operacja staje się łatwa i prosta.

H. Newlińska (Lwów).

Rozszerzenie szyi macicy zapomocą elektrolizy. M. FABRE. Soc. Fr. de Gyn. Z. 8. 1934.

Autor jest zwolennikiem rozszerzania szyi macicy hegarami, połączonemi z ujemną elektrodą prądu galwanicznego. Płytę cynkową połączoną z elektrodą dodatnią umieszcza się na brzuchu lub na pośladkach. Rozszerzanie takie jest bezbolesne, może być wielokrotnie powtarzane, nawet ambulatoryjnie. Wskazania do tego zabiegu są: bolesne miesiączkowania spowodu zarośnięcia szyi, niepłodność wskutek zwężenia ujścia, zapalne sprawy szyi.

H. Newlińska (Lwów).

Suche natryski pochwowe emanacją toru i jego własności lecznicze. P. GASQUET. Soc. Fr. de Gyn. Z. 8. 1934.

Wysuszające działanie emanacji toru na błonę śluzową narządu oddechowego skłoniło autora do stosowania tej metody również w przyp. upławów i zapaleń pochwy u dziewic. Przy pomocy sondy Nelatona wprowadza się powietrze z aparatu, zawierającego emanację toru, do pochwy. Zabieg sam jest tak prosty, że chore mogą same go wykonywać. Czas stosowania jest zależny od ilości toru w powietrzu. *H. Newlińska* (Lwów).

Rozszerzanie szyi macicy przy pomocy diatermji. X. BENDER. Soc. Fr. de Gyn. Z. 8. 1934.

Autor rozszerzał szyję macicy zapomocą rozszerzadeł połączonych z elektrodą diatermji. Druga elektroda podwójna szła na brzuch i na okolicę lędźwiową. Rozszerzanie było prawie bezbolesne. Pozatem autor stwierdził wybitne powiększenie się macicy i ustąpienie bólów podczas miesiączki.

H. Newlińska (Lwów).

Duży włókniak uszypułowany, wypełniający całą miednicę małą i okolicę podpępkową. G. LE FILLIATRE. Soc. Fr. de Gyn. Z. 7. 1934.

Guz ten wagi 7 kg połączony był z dnem macicy zapomocą sznura naczyniowego, grubości palca i długości 29 cm. Po oddzieleniu sieci i jelit wykonano nadpochwowe odcięcie macicy. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

H. Newlińska (Lwów).

Pęknięcie ropnia jajowodu do jamy otrzewnowej. M. LUTHEREREAU. Soc. Fr. de Gyn. Z. 7. 1934.

Autor podaje 4 przypadki ogólnego zapalenia otrzewnej, które wystąpiło spowodu pęknięcia ropnia jajowodu. Podczas operacyj, wykonanych w 5—7 godzin od chwili pęknięcia, stwierdzono w czasie każdego zabiegu w jamie brzusznej ropę, w dwóch przypadkach trąbki wykazywały pęknięcie, w dwóch zaś ropa

wydobywała się przez ujście strzępiaste. We wszystkich przypadkach usunięto zmienione przydatki pozostawiając macicę. Jamę brzuszną setonowano. W dyskusji Président zwraca uwagę na niebezpieczeństwa i powikłania, jakie daje wycięcie macicy w sprawach zapalnych przydatków obustronnych.

H. Newlińska (Lwów).

Jak stosować emanacje radowe w przypadkach świądu sromu? Jakie mogą być wyniki? TARPAULT. Soc. Fr. de Gyn. Z. 7. 1934.

W przypadkach bardzo opornych, gdy żadne leczenie nie odnosi skutku, stosowanie emanacyj radowych przynosi trwałą poprawę. Stosować ją można *loco dolenti* lub wstrzykując do więzadeł szerokich około 2—3 cm³ powietrza, zawierającego emanację. W niektórych przypadkach niejasnych, gdy jako przyczynę świądu podejrzewamy zmiany zapalne tkanki podotrzewnowej — wskazanem jest wykonanie laparotomji próbnej i w ten sposób zadziałanie na chory narząd.

H. Newlińska (Lwów).

Ewipan sodowy w położnictwie i ginekologji. E. WEBER. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Stosowanie ewipanu w 170 przypadkach pozwala autorowi polecać ten środek jako łatwy w stosowaniu, szybki w działaniu i niedający okresu podniecenia, ślinienia i wzmożonego wydzielania narządów oddechowych. Również nie daje on wymiotów, bólów głowy po operacji. Wskazanem jest dla zabiegów krótkotrwałych, szczególnie dla zabiegów położniczych, podczas porodu, gdy okres wydalenia jeszcze nie nastąpił. Przeciwwskazanem natomiast jest stosowanie w przypadkach, gdy chodzi o uśpienie niegłębokie.

H. Newlińska (Lwów).

Leczenie świądu sromu zapomocą wstrzykiwania emanacyj radowych (radon). P. GASQUET. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Podskórne stosowanie w miejscach swędzących powietrza, zawierającego emanacje radowe usuwa świąd już po kilku posiedzeniach. Autor stosował około 15 zastrzyków codziennie lub 3 razy w tygodniu po 400—800 *millimicrocurie* zawartych w 2 cm³ powietrza. Zastrzyki te są zupełnie niebolesne. Radon przechodzi drogą nerwów do centralnego układu nerwowego i w ten sposób rozszerza swoją działalność uspakajającą na pewną przestrzeń.

H. Newlińska (Lwów).

Przypadek samoistnego częściowego oddzielenia się szyjki macicy podczas porodu. J. PERL. Ginek. Pol. T. XIII. Z. VII—IX.

Przypadek dotyczy rzadkiego powikłania porodowego, zdarzającego się prawie wyłącznie u pierwiastek i to starszych. Jako przyczyna zgorzeli i oddzielenia się części pochwowej wymieniane są: niepodatność części pochwowej z wrodzonym stanem dziecięcym, zabiegi na szyjce macicy, przedłużająca się czynność porodowa, przedwczesne odejście wód płodowych i t. p. Czynnikiem jednak najważniejszym jest uraz mechaniczny części pochwowej spowodowany uciskiem części przodującej płodu.

Przypadek dotyczy starszej pierwiastki lat 33, z miednicą krzywiczą, która nie zgodziła się na cięcie cesarskie. Przy badaniu wewnętrznem wyczuwało się w odległości 2—3 palców od brzegu szyjki otwór przepuszczający 3 palce. W 44 godziny po przybyciu do Zakładu, a 53 godziny po odejściu wód płodowych nałożono kleszcze spowodu pogorszenia się tętna płodu i zupełnego wyczerpania rodzącej.

Na główce dziecka urodzonego w lekkiej zamartwicy znajdował się kawałek tkanki granatowo-czarnej w kształcie czapeczki z otworem owalnym w środku. W 12 dni po porodzie stwierdzono znaczny brak części pochwowej, długość części pochwowej wynosiła niecały 1 cm.

M. Segal (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół X. posiedzenia naukowego z dnia 21 marca 1934 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. W. Jakowicki.

1) Prof. Dr. J. Szmurło — przedstawia chorą lat 50, operowaną *spowodu guza okolicy migdałkowej lewej.* Chora czuła przeszkodę w gardle od paru lat, a od 3 miesięcy guz zaczął się nagle powiększać, dochodząc wielkości dużej mandarynki.

Guz zajmował okolicę lewej połowy podniebienia miękkiego i wypełniał całą jamę migdałkową, zasłaniając wejście do gardła i utrudniał przełykanie pokarmów. Podczas wycinania skrawka do badania histologicznego wystąpiło obfite krwawienie, którego nie powstrzymała elektrokoagulacja i trzeba było uciec się do podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej.

Po 8 dniach guz zupełnie łatwo udało się całkowicie wyłuszczyć. Budowa jego histologiczna według opinji Prof. Dr. K. Opoczyńskiego: mięsak o typie *peritheliomatów.*

2) Dr. N. Wołkowyski wygłosił referat pod tytułem: *„Powikłania oczodołowe i oczne w przebiegu zapalenia zatok bocznych nosa".*

Schorzenia zapalne zatok bocznych nosa mogą się szerzyć w kierunku oczodołu dwiema drogami: a) przez ciągłość, poprzez kość i b) drogą naturalnych połączeń między oczodołem a zatokami, a więc drogą naczyń krwionośnych (zwłaszcza żylnych), chłonnych i nerwów, które w znacznej ilości łączą oczodół z zatokami. Częstość powikłań tych jest rozmaicie obliczana.

Z materjału Kliniki Oto-Laryngologicznej U. S. B. przypada na 209 chorych, przebywających w Klinice spowodu zapalenia zatok nosa, 20 przypadków powikłań oczodołowo-ocznych. Z tego 11 przypada na powikłania ze strony oczodołu i wtórnie ze strony oka i 9 na powikłania ze strony samego oka. Powikłania ze strony oczodołu mogą wystąpić pod postacią zapalenia okostnej, ropnia podokostnowego i ropnego zapalenia oczodołu. We wszystkich wymienionych postaciach zapalenia tkanki oczodołowej proces chorobowy może przejść na nerwy, naczynia, gałkę oczną i nerw wzrokowy, powodując powstanie obrzęku powiek, spojówek, ropni i przetok powiekowych, przemieszczeń gałki ocznej. oraz zaburzeń wzroku.

Powikłania ze strony samego nerwu wzrokowego powstają najczęściej pod postacią pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, objawiającego się zaburzeniami wzroku pod postacią przerwy środkowej (względnej lub absolutnej) i obwodowem zwężeniem pola widzenia (dla barw i koloru białego). Oftalmoskopowo zmian na dnie oka w początkowych okresach cierpienia nie stwierdza się, w dalszym zaś przebiegu powstaje zblednięcie skroniowej części tarczy nerwu wzrokowego. Rozpoznanie *neuritis retrobulbaris rhinogenes* jest trudne, gdyż zmiany chorobowe w nosie mogą być bardzo słabo wyrażone. Zapalenie tylnych zatok nosa może przebiegać skrycie lub pod postacią zmian nieżytowych. a mimo to dawać duże zaburzenia ze strony wzroku. Za nosowem pochodzeniem zapalenia nerwu wzrokowego przemawia przeważnie jednostronność schorzenia, ostro rozwijające się zaburzenie wzroku oraz dążność do postępowania.

Mechanizm powstawania *neuritis retrobulbaris rhinogenes* jest dotychczas niewyjaśniony. W powstawaniu powikłań ze strony nerwu wzrokowego w przebiegu zapalenia zatok nosa rozróżnia się kilka przyczyn: ucisk, zaburzenia w krążeniu krwi, wpływy toksyczne i reflektoryczne.

Pomimo niejasności etjologji i mechanizmu powstawania należy przyjąć, że bezwzględnie istnieje zależność zaburzeń wzroku od spraw zapalnych, toczących się w zatokach bocznych nosa. Z wyżej wymienionych 9 przypadków powikłań ocznych w 4 wystąpiła poprawa wzroku, w 2 — poprawa wzroku była przejściowa, w 3 przypadkach poprawy nie uzyskano. W wspomnianych 6 przypadkach przejściowej i długotrwałej poprawy wzroku, w 5 przypadkach poprawa wystąpiła po zabiegu operacyjnym wewnątrznosowym, w 1 zaś uzyskano szybką poprawę po kokainizacji małżowiny i przewodu środkowego nosa.

Interwencja rynologiczna powinna być wczesna, najlepiej w drugim tygodniu choroby.

Dla zilustrowania skuteczności zabiegów wewnątrznosowych i uzyskanej w ten sposób poprawy wzroku przytoczono krótki opis czterech historyj chorób.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Dr. J. Szmurło i Prof. Dr. W. Jakowicki.

3) *W dyskusji* nad referatem Dr. Okołow-Hryncewiczowej p. t. *„Zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowego"* zabierał głos Doc. Dr. I. Abramowicz, podkreślając różnorodną etjologję tego rodzaju schorzeń.

4) Dr. L. Achmatowicz — *„61 przypadków skrętu esicy oraz uwagi o ich leczeniu operacyjnem"* — (Rzecz przeznaczona do druku).

Autor przytacza dane liczbowe Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba za okres 15-letni od 1. I. 1919 do 1. II. 1934 r., dotyczące 461 przypadków niedrożności jelit oraz omawia poszczególne postacie niedrożności i odnośne dane liczbowe.

Spowodu skrętu esicy niedrożność nastąpiła 61 razy, w tej liczbie operowano 47 chorych.

Następnie prelegent opisuje zmiany, stwierdzone w trzustce podczas zabiegu operacyjnego.

Wkońcu we wnioskach omawia główne wytyczne postępowania leczniczego wobec niedrożności, spowodowanej skrętem esicy oraz technikę postępowania operacyjnego.

Sekretarz T-wa: *Doc. Dr. W. Zaleski.*

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 26 stycznia 1935 r.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Wzorem lat ubiegłych odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny w czasie od 28 marca do 18 kwietnia 1935 r. *VII Kurs dla lekarzy Ośrodków Zdrowia.*

Na kurs mogą być przyjęci lekarze, którzy bądź pracują już w Ośrodkach Zdrowia, bądź też chcą się zapoznać z tym działem pracy higjeniczno-lekarskiej.

Wpisowe wynosi 5 zł; uczestnicy kursu mogą korzystać z pomieszczeń bursy Państwowej Szkoły Higjeny, gdzie koszt pobytu wraz z utrzymaniem wyniesie 4 zł dziennie od osoby. Zgłoszenia należy nadsyłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie, ul. Chocimska 24. Lekarze, pragnący zamieszkać w bursie, powinni zawczasu o tem zawiadomić Państwową Szkołę Higjeny.

Lekarzom, którzy pracują już w Ośrodkach Zdrowia, a nie mają specjalnego przeszkolenia w tym kierunku, Państwowa Szkoła Higjeny będzie mogła przyznać pewną liczbę stypendjów w wysokości nieprzekraczającej 100 zł na osobę.

Podania o stypendjum z poparciem właściwej władzy kandydaci winni wnosić do Państwowej Szkoły Higjeny. Do podania należy dołączyć: a) krótki życiorys, b) poświadczenie, stwierdzające charakter zajmowanego stanowiska w Ośrodku Zdrowia.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W celu szerszego zapoznania ogółu świata lekarskiego ze stanem prac nad ukończeniem pomnika ku czci poległych Członków Służby Zdrowia i ułatwienia propagandy zbiórki pieniężnej na zakończenie robót, proszę uprzejmie o umieszczenie niniejszego reportażu o stanie budowy Pomnika w piśmie kierowanym przez Pana Redaktora.

Równocześnie proszę o umieszczanie perjodycznie przed tekstem w swem piśmie, — apelu o składkach na pomnik.

Sądząc, że Wielce Szanowny Pan Redaktor nie odmówi pomocy prasowej w ukończeniu dzieła

pozostaję z wysokim szacunkiem

Przewodniczący: *Dr. Jan Kołłątaj - Srzednicki,* Gen. bryg.

Budowa pomnika ku czci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę.

Pamięć tych licznych, znanych i nieznanych, bohaterów obowiązku jest najdroższą ich kolegom: lekarzom, sanitarjuszom, farmaceutom, pielęgniarkom; nic też dziwnego, że myśl wzniesienia pomnika służby zdrowia zrodziła się w świecie lekarskim. W Komitecie skupili się przedstawiciele całej Służby Zdrowia jak cywilnej jak i wojskowej, przedstawiciele wydziałów lekarskiego i farmaceutycznego Uniw. Warszawskiego, Naczelnej Izby Lekarskiej, Ubezpieczalni Społecznej, Związków i Towarzystw Lekarskich i Farmaceutycznych, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d.

Wspólnemi wysiłkami całego świata lekarskiego zebrano część potrzebnych funduszów. Dobrowolne opodatkowanie się lekarzy wojskowych, składki lekarzy cywilnych, opodatkowanie się farmaceutów, subwencje rządowe i banków, dały ogółem dotychczasową sumę zł 168.009,01. Brakującą sumę około 50.000 zł złożą jeszcze niewątpliwie członkowie Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, wszyscy lekarze, farmaceuci, sanitarjusze i pielęgniarki.

Pomnik stanie na jednym z placów Warszawy. Będzie ozdobą naszej stolicy i uwieczni wdzięczną pamięć za ofiarę bezimiennych bohaterów obowiązku, — ku pamięci przyszłych pokoleń członków Służby Zdrowia, — ku pokrzepieniu ducha w godzinę próby. Pomnik będzie dziełem artysty rzeźbiarza prof. W i t t i g a, laureata Akademji Paryskiej.

Roboty rzeźbiarskie pomnika ukończone będą jeszcze w bieżącym roku. Komitet zwraca się do wszystkich lekarzy cywilnych i wojskowych o wpłacanie składek na cele budowy pomnika, na konto P. K. O. Nr. 14.111. Biuro Komitetu mieści się w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, ul. Górnośląska 45 (dawniej Szpital Ujazdowski).

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Bronisław Kozłowski.

P o g r z e b śp. dra Bronisława K o z ł o w s k i e g o odbył się w Drohobyczu 18 lutego. Uroczystości żałobne przybrały wygląd zbiorowego hołdu około dziesięciotysięcznej rzeszy ludności Zagłębia Naftowego dla wybitnego lekarza i wysoko cenionego dobroczyńcy wielu instytucyj charytatywnych. W przemówieniach żałobnych żegnali Zmarłego: prez. miasta Drohobycza J a r o s z jako obywatela honorowego, odznaczonego za zasługi przez Państwo Orderem Odrodzenia Polski, kierownik szpitala dr. C z y ż e w s k i jako budowniczego szpitala postawionego na poziomie nowoczesnym i niestrudzonego nauczyciela i doradcę kolegów, dr. K r e i s b e r g imieniem Izby Lek. Lwowskiej i Związku Lekarzy P. P., którego członkiem honorowym był Zmarły. W pogrzebie wzięli udział przedstawiciele Władz rządowych, samorządowych, szpitali małopolskich, instytucyj przemysłowych i dobroczynnych. Koledzy Zmarłego postanowili uczcić Jego zasługi przez wmurowanie pamiątkowej tablicy w Szpitalu, uroczystą akademję i wydanie osobnego Nru miejscowego „Przeglądu Podkarpacia" poświęconego Zmarłemu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Eugenjusz A r t w i ń s k i, doc. U. J., ordynator szpitala św. Łazarza w Krakowie, otrzymał wysokie odznaczenie szwedzkie mianowicie: Krzyż Kawalerski orderu Gwiazdy Polarnej.

Prof. Dr. A. J u r a s z został wybrany członkiem rzeczywistym *Société Nationale de Chirurgie* w Paryżu.

Na posiedzeniu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w dniu 13. II. 1935 r. dokonano wyboru nowego Zarządu P. T. D. Obecny skład Zarządu następujący: Prezes: dr. med. K a p u ś c i ń s k i Stanisław, Wiceprezes: dr. med. W o w k o n o w i c z Marjan, Skarbnik: dr. med. J a s t r z ę b s k a Marja, Sekretarz: dr. med. S i e ń k o Ksawery. Członkowie Zarządu: dr. med. W e r n i c Leon, dr. med. R a c i n o w s k i Albin, dr. med. B u r a w s k i Juljusz, dr. med. M i c h a ł o w s k i Bohdan i dr. med. M e r e n l e n d e r Józef. Komisja Rewizyjna: Dr. med. B o r k o w s k i Witold, dr. med. W i e l o w i e j s k i, dr. med. U l i ń s k i.

Z Okręgowej Izby Lekarskiej we Lwowie. Dnia 17 lutego b. r. odbyło się pierwsze zebranie nowowybranej Rady Izby według nowej ustawy o Izbach Lekarskich z dnia 15. III. 1934 r. Rada Izby, składająca się z 42 członków, wybrana na okres 5 lat, dokonała wyboru Władz Izbowych oraz członków Sądu dyscyplinarnego.

Nowy Zarząd Izby po ukonstytuowaniu się przedstawia się następująco: Prezes: Prof. Dr. W. N o w i c k i, zastępca prezesa: Dr. E. D a m a ń s k i i płk. lek. Dr. B. S t r o ń s k i, sekretarz: Dr. E. E l s t e r, skarbnik: Doc. Dr. T. M a r c i n i a k, członkowie: Dr. T. B u r a c z y ń s k i, Dr. T. F a l k i e w i c z, dyr. Szpit. Dr. J. K o c h a j (w Stanisławowie), dyr. Państw. Szpit. we Lwowie Dr. A. P o h o r e c k i. Zastępcami członków Zarządu zostali wybrani: Dr. St. C h m u r a, Dr. L. E x e l b i r t h, Dr. K. F l i s, Dr. P e n n e r L., Dr. W. K r e i s b e r g, Dr. L. W ę g r z y n o w s k i.

Przedstawicielami do Naczelnej Izby Lekarskiej: Dr. T. F a l k i e w i c z, Prof. Dr. W. N o w i c k i, Doc. Dr. O s t r o w s k i Stanisław (poseł), Dr. A. P o h o r e c k i, Dr. M. S a l p e t e r, Dr. L. W ę g r z y n o w s k i, zastępcami: Dr. J. H e l l e r, Dr. K. C z y ż e w s k i, Dr. I. H e r s c h e r, Dr. W. S o c h a c k i, Dr. M. K r z y ż a n o w s k i i Dr. W. K r e i s b e r g.

Do Komisji Rewizyjnej: Prof. Dr. L e n a r t o w i c z, Dr. M e i s e l s i Dr. Z i e l i ń s k i, zastępcami: Doc. Dr. C z e r n e c k i i Prof. Dr. Z a l e w s k i.

Do Komitetu Kasy Ubezpieczeniowej (KUCIL): Doc. Dr. W. L i p i ń s k i, Dr. A. M i k i e w i c z ó w n a i Dr. M. S a l p e t e r. Zastępcami: Dr. B. G r ü s s i Dr. J. W o l f.

Do Komitetu Kasy Emerytalnej: Dr. R. Breiter, Dr. J. Czaczkowski i Dr. K. Obmiński. Zastępcami: Dr. N. Graf, Dr. C. Jonasowa, Dr. K. Kauczyński.

Do Sądu dyscyplinarnego: Dr. H. Begleiter, Dr. M. Bikeles. Dr. L. Bilowicki, Dr. S. Bühn, Dr. A. Damm, Dr. D. Erlich, Prof. Dr. M. Franke, Dr. B. Groo, Dr. J. Grzędzielski, Dr. M. Jonas, Dr. K. Kauczyński, Dr. J. Kędzierski, Dr. Z. Kotiers, Dr. A. Mikiewiczówna, Dr. H. Schusterówna, Dr. W. Sochacki, Prof. Dr. T. Zalewski, Dr. O. Zion. Zastępcami: Dr. A. Aleksandrowicz, Dr. K. Budzanowski, Dr. T. Chorążak, Dr. P. Cymbalistyj, Dr. Z. Czeżowska, Dr. H. Długosz, Dr. L. Gerhardt, Dr. F. Goldschlag, Dr. I. Halpern, Dr. C. Jonasowa, Dr. I. Kurzrok, Dr. W. Mieniewski, Dr. W. Mossorowa, Dr. M. Muzyka, Dr. A. Podoliński, Dr. J. Sosin, Dr. W. Tychowski, Dr. Z. Żurowski.

Do Sądu Polubownego: Dr. E. Doliński, Dr. E. Miziura, Dr. K. Zgórski. Zastępcami: Dr. R. Hinze i Dr. S. Chrząszczewski.

Zmarli.

Dr. Wojciech Stawnicki, zasłużony lekarz szpitali miejskich w Częstochowie, członek honorowy Tow. lekarskiego, zmarł 15 ub. m. w Krakowie.

August Gärtner zmarł w Niemczech w wieku 87 lat. Zmarły był jednym z czołowych przedstawicieli niemieckiej nauki higjeny, którą wykładał na uniwersytecie w Jenie. Jako uczeń R. Kocha dokonuje ważnych prac w zakresie higieny wody, jest jednym z najwybitniejszych, światowych przedstawicieli tej gałęzi wiedzy. Nazwisko jego jest stale związane z opisaną przez niego pałeczką z grupy Salmonelli, będącą przyczyną zatruć mięsnych *(Bact. enteritidis Gärtner).*

Erwin Liek, znany lekarz niemiecki, autor szeregu szeroko omawianych i dyskutowanych rozpraw zmarł w Berlinie w 57. roku życia.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

V. posiedzenie naukowe Lwow. Tow. Lek. odbyło się dnia 22 lutego 1935. Porządek dzienny: 1) Kol. Nowicki: Przedstawienie i omówienie preparatów anatomo-patologicznych. 2) Kol. Groër: Objektywne kryterjum działania środków leczniczych w kile. (Wykład).

VI. posiedzenie naukowe Lwow. Tow. Lek. odbyło się dnia 1 marca 1935 w sali wykładowej Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. Porządek dzienny: 1) Kol. Rencki: Przypadki ziarnicy złośliwej, a) przypadek ze zmianami kostnemi, b) przypadek z porażeniem kończyn dolnych, c) przypadek pierwotnej ziarnicy śledziony. 2) Kol. Grek: Niedokrwistość złośliwa, czy zapalenie wsierdzia? 3) Kol. Falkiewicz: a) Zawał mięśnia sercowego w obrazie elektrokardjograficznym (demonstracja elektrokardjogramów). b) przypadek ropnia płuc. 4) Kol. Długosz: Przypadek niedokrwistości hemolitycznej. 5) Kol. Goertz: Przypadek bloku arboryzacyjnego (gałązkowego) w przebiegu wady serca. 6) Kol. Frank-Pittowa: Dwa przypadki zmian torbielowych kości *(Ostitis cystica).* 7) Kol. Grabowski: Radjoterapja ziarnicy złośliwej. (Wykład).

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się dn. 26 lutego 1935 r. 1. Przyjęcie zapisu im. ś. p. Dra Kopczyńskiego. Z cyklu „Choroby trzustki": 2. Grott J. W. Kliniczne badanie trzustki. 3. Butkiewicz T. Ostre schorzenia trzustki (etjologja, patogeneza).

Posiedzenie Koła naukowego Związku Lek. P. P. w Drohobyczu odbyło się 20 ub. m. Po przemówieniu poświęconem pamięci zmarłego członka honorowego dra Bronisława Kozłowskiego wygłosił dr. Czyżewski wykład o przelewaniu krwi; przedstawionemi przypadkami ilustrował dobre wyniki przelewania przy ostrych i przewlekłych utratach krwi i wątpliwe skutki przy zakażeniach ogólnych. W rozprawach podniesiono znaczenie przelewania przy ciężkich oparzeniach.

Zjazd Dyrektorów Szpitali Publicznych Województwa Nowogródzkiego i Wileńskiego odbył się w Wilnie w dn. 22 i 23 lutego b. r. Porządek dzienny: 22 lutego 1) Otwarcie zjazdu i zagajenie. 2) Sprawozdanie ze stanu szpitalnictwa na terenie wojew. Wileńsk. (Naczelnik Wydziału Dr. med. H. Rudziński). 3) Sprawozdanie ze stanu szpitalnictwa na terenie wojew. Nowogródzk. (Naczelnik Wydz. Dr. L. Błahuszewski). 4) Dyskusja i wnioski poszczególnych szpitali. 5) Dostosowanie szpitala do potrzeb O. P. L. biernej i jego sprawność chirurgiczna w związku z Pogotowiem Wojennem. (Dyrektor Szpitala w Święcianach Dr. S. Małofiejew). 6) Postępowanie szpitalne przy krwotokach w ciąży, porodzie i połogu. (Dyrektor Szkoły Położnych Dr. med. A. Karnicki). 7) Rozpoznawanie niedrożności jelit (Prof. Dr. med. K. Michejda). 8) Chirurgja jamy brzusznej w warunkach szpitali prowincjonalnych (Dyrektor Szpitala Kolejowego Dr. med. J. Tymiński). 9) Operacja Grekowa w wypadkach skrętu esicy. (Dyrektor Szpitala Państw. w Lidze Dr. S. Kozubowski). 10) Wyniki leczenia drożności jelit na podstawie materjału Szpitala Powiatowego w Stołpcach (Dr. N. Grynberg). — 23 lutego 1) Zwiedzanie szpitali i klinik uniwersyteckich w Wilnie. 2) Podstawy fizjologiczne nowoczesnego leczenia złamań. (Prof. Dr. med. K. Michejda). 3) Sprawozdanie ze Zjazdu Polskiego T-wa Ortopedycznego we Lwowie z uwzględnieniem sposobów leczenia w warunkach szpitali prowincjonalnych. (Dyr. Szpit. Państw. Dr. J. Małofiejew). 4) Wskazanie do operacji cięcia cesarskiego. (Prof. Dr. med. W. Jakowicki). 5) Referat zastrzeżony dla delegata Polskiego Szpitalnictwa. 6) Referat zastrzeżony dla Dyrektora Szpitalnictwa w Słonimie (Dr. A. Rudzkiego).

Komunikaty.

Związek Przeciwweneryczny w Polsce. W dniu 16 marca r. b. rozpocznie się dwutygodniowy kurs dla lekarzy z zakresu rzeżączki, zorganizowany przez Związek Przeciwweneryczny i Sekcję Walki ze zwyrodnieniem rasy — Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Uczestniczyć mogą lekarze państwowi, wojskowi, samorządowi i lekarze praktycy. Wpisowe złotych 10; dopuszczalne są ulgi dla lekarzy i instytucyj wspierających Związek Przeciwweneryczny lub Polskie Towarzystwo Eugeniczne. Przewidziany jest kurs teoretyczny i praktyczny, ten ostatni grupami po 5 osób. Zajęcia praktyczne będą się odbywały w godzinach od 9—12, zajęcia teoretyczne w godz. od 12—13. Program kursu teoretycznego jest następujący: 1. Rzeżączka u mężczyzn w okresie ostrym — doc. dr. med. St. Kapuściński. 2. Rzeżączka u mężczyzn przewlekła i jej powikłania — Prezes Twa Eug. dr. med. L. Wernic. 3. Metodyka badania rzeżączki przewlekłej u mężczyzn — Dyr. dr. med. H. Szczodrowski. 4. Rzeżączka u dzieci — Ord. Szpit. Św. Łazarza dr. med. B. Michałowski. 5. Rzeżączka u kobiet — Ord. Szpit. Św. Łazarza dr. med. W. Borkowski. 6. Urologja i jej stosunek do rzeżączki — Ordyn. Szpit. Św. Łazarza Dr. med. W. Lilpop. 7. Schorzenia wewnętrzne a rzeżączka — Prof. dr. med. M. Semerau-Siemianowski. 8. Bakterjologja i serologja rzeżączki — Kierownik pracowni laboratoryjnej Szpit. Św. Łazarza. Dr. med. J. Zalewski. 9. Leczenie powikłań rzeżączki światłem oraz elektrycznością — Kierownik pracowni światłoleczniczej Szpit. Św. Łazarza Dr. med. E. Brunner. Pozatem przewidziane są kolokwja z zakresu kazuistyki chorób skóry w przebiegu rzeżączki: Ordyn. Szpit. Św. Łazarza Dr. med. R. Bernhardt. Zapisy na kurs w Polskiem Towarzystwie Eugenicznem, Warszawa, Nowy Świat Nr. 1. Liczba uczestników ograniczona. Prosimy najuprzejmiej o zwolnienie lekarzy urzędowych, biorących udział w kursie powyższym na czas jego trwania.

Sprostowanie.

Lwowskie Towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach prosi nas o umieszczenie sprostowania komunikatu, umieszczonego w Nrze 8. P. G. L. w tym kierunku, że kwotę 50 zł, przesłaną Towarzystwu przez Dr. Ziona, *złożyła Dyrekcja Polikliniki* na cele Towarzystwa zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra I. Krzemickiego.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.